

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
KYSTES DERMOÏDES
DE LA RÉGION MASTOÏDIENNE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 31 Juillet 1890

PAR

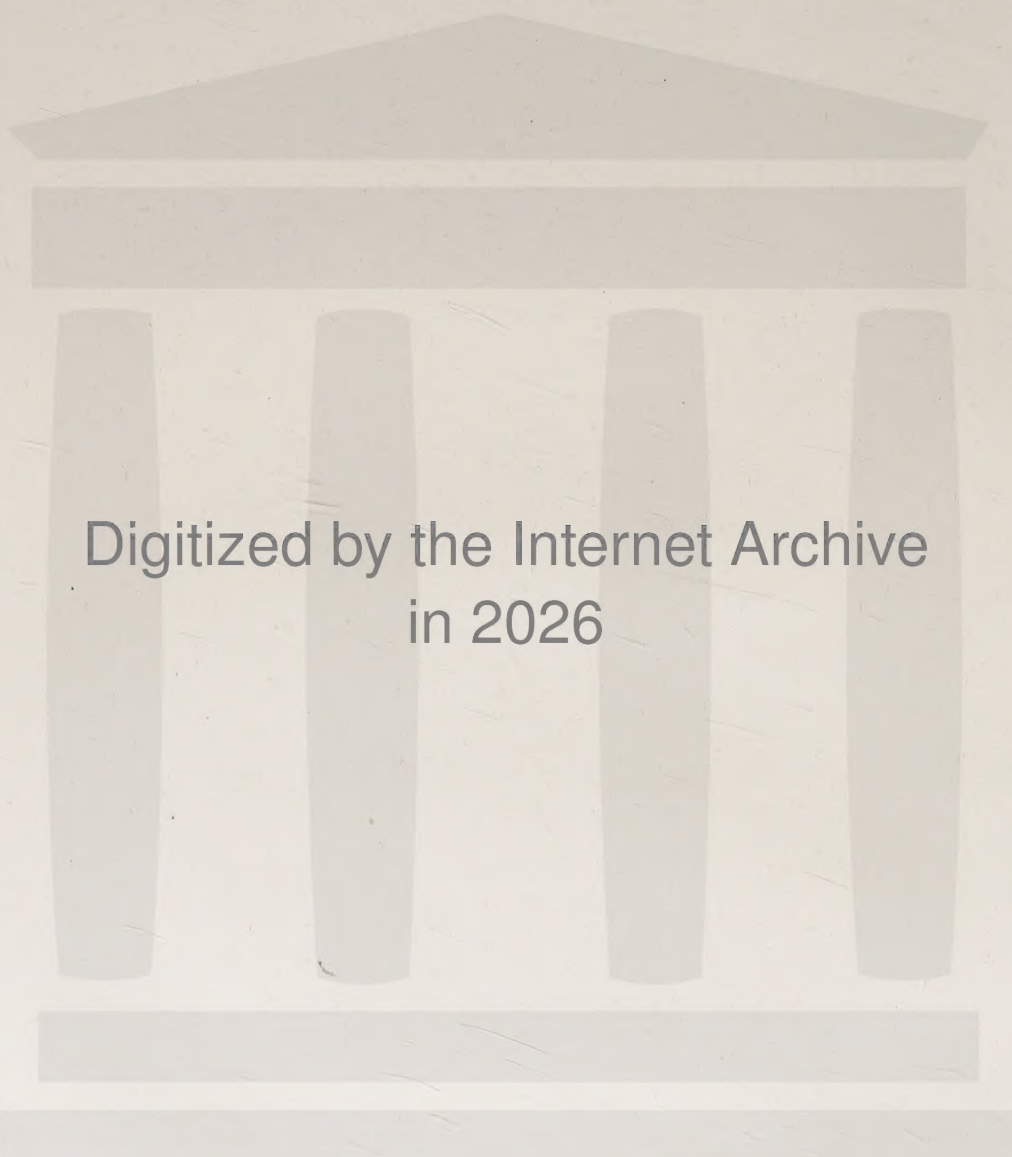
François BREUL

Né le 12 Septembre 1861, à Imling (Lorraine)

Examineurs : { MM. HEYDENREICH, *Président*.
CHRÉTIEN, professeur.
E. PARISOT, professeur adjoint.
BARABAN, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE A. NICOLLE, 25, RUE DE LA PÉPINIÈRE
1890



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555004_0023

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
KYSTES DERMOÏDES
DE LA RÉGION MASTOÏDIENNE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 31 Juillet 1890

PAR

François BREUL

Né le 12 Septembre 1861, à Imling (Lorraine)

Examineurs : { MM. HEYDENREICH, *Président*.
CHRÉTIEN, professeur.
E. PARISOT, professeur adjoint.
BARABAN, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE A. NICOLLE, 25, RUE DE LA PÉPINIÈRE
—
1890

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH, I Q.

Doyens honoraires : MM. STOLTZ C *, I Q, TOURDES O *, I Q.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C *, I Q, TOURDES O *, I Q, COZE *, I Q

V. PARISOT *, I Q, HERRGOTT *, I Q, ROUSSEL *, I Q, BÉCHET, I Q.

Pathologie générale et Pathologie interne.	M. HECHT *, I Q, professeur.
Physiologie.....	M. BEAUNIS *, I Q, professeur.
Anatomie et Physiologie pathologiques..	M. FELTZ *, I Q, professeur.
Clinique médicale.....	M. BERNHEIM, I Q, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, I Q, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I Q, professeur.
Hygiène.....	M. POINCARÉ *, I Q, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I Q, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, I Q, professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, A Q, professeur.
Chimie médicale et Toxicologie.....	M. GARNIER, A Q, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I Q, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements...	{ M. A. HERRGOTT, A Q, professeur.
	{ M. E. PARISOT, A Q, professeur adjoint.
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, A Q, professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. MACÉ, A Q, professeur.
Histologie.....	M. BARABAN, A Q, agrégé, chargé du cours.
Anatomie descriptive.....	M. NICOLAS, agrégé, chargé du cours.
Matière médicale et Thérapeutique.....	M. SCHMITT A Q, agrégé, ch. du cours.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies mentales.....	M. LANGLOIS, A Q, chargé du cours.
Clinique des maladies des yeux.....	M. ROHMER, A Q, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. SCHMITT, A Q, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants.....	M. SIMON, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies des vieillards.....	M. P. PARISOT, agrégé, chargé du cours.
Accouchements.....	M. REMY, agrégé, chargé du cours.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. SCHMITT, A Q.	MM. RENÉ, A Q.	MM. SIMON.
ROHMER, A Q.	NICOLAS.	REMY.
BARABAN, A Q.	VAUTRIN.	P. PARISOT.
GUÉRIN.		

AGRÉGÉ LIBRE : M. SCHLAGDENHAUFFEN, I Q.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS *, A Q, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

Nancy. — Imp. A. Nicolle, 25, rue de la Pépinière.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

TÉMOIGNAGE DE RECONNAISSANCE ET D'INALTÉRABLE AFFECTION

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A TOUS MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR A. HEYDENREICH
DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

AVANT-PROPOS

M. le Professeur Heydenreich ayant reçu et opéré dans son service de chirurgie, dans le courant de novembre 1889, un homme porteur d'un kyste dermoïde de la région mastoïdienne, nous donna l'idée de faire porter notre thèse inaugurale sur l'étude de ces tumeurs congénitales.

Les nombreuses recherches que nous avons faites, relativement à notre sujet, ne nous ont permis de réunir que quelques rares observations de kystes affectant ce siège. Nous n'en avons pas rencontré de cas dans la bibliographie étrangère que nous avons parcourue ; tous ceux que nous relatons nous sont fournis par la bibliographie française. Nous pouvons donc déjà admettre que les kystes de la région mastoïdienne sont rares.

Nous n'avons pas la prétention de présenter un travail original. Nous avons dû, dans le cours de notre étude, rapporter forcément les caractères communs à tous les kystes dermoïdes, quelque siège qu'ils occupent. Nous tenons à le répéter, ce qui nous a fait choisir ce sujet, c'est la rareté de des tumeurs en cette région. Nous nous estimons trop heureux si nous avons pu attirer l'atten-

tion sur cette question et contribuer à provoquer la réunion d'observations ultérieures.

Mais avant d'aborder notre sujet, nous tenons à remercier M. le Professeur Heydenreich, de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse et de la bienveillance qu'il nous a témoignée dans le cours de nos études médicales.

Nous adressons nos remerciements à notre ami Frœlich, aide de clinique, pour l'obligeance avec laquelle il a mis à notre disposition l'observation recueillie par lui et relative au kyste dermoïde opéré par M. le Professeur Heydenreich.

Nous établirons dans notre sujet les divisions suivantes :

Chapitre I. — Historique.

Chapitre II. — Description topographique.

Chapitre III. — Anatomie pathologique.

Chapitre IV. — Pathogénie.

Chapitre V. — Anatomie normale et embryologie de la région mastoïdienne.

Chapitre VI. — Etiologie.

Chapitre VII. — Symptomatologie. — Marche. — Diagnostic. — Pronostic.

Chapitre VIII. — Traitement.

Chapitre IX. — Observations et conclusions.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'histoire des kystes congénitaux remonte à bien des années. Celse (1) il est vrai, parle de tumeurs qu'il a rencontrées au-devant du cou, contenant, avec du liquide, des poils et des os ; mais, après lui, il faut parcourir une très-longue série d'années pour trouver une nouvelle mention de ces tumeurs. La cause de ce silence se trouve probablement, d'abord dans la rareté de ces affections, et ensuite, dans la tendance que l'on a eue pendant bien longtemps à considérer comme des monstruosité les affections congénitales.

En 1772, Louis, dans un article du *Dictionnaire de chirurgie*, donne, au mot enkysté, une description générale des kystes.

En 1775, Girard (2) mentionne des tumeurs dans lesquelles on peut trouver des poils, des cheveux, avec une matière analogue à du suif, et qu'il pense provenir de glandes sébacées.

(1) *De re medica, libri octo*. Lib. VII.

(2) Girard, *Traité des tumeurs*. Londres 1775.

Zimmermann, dans son *Essai sur l'anatomie pathologique*, en 1810; Cruveilhier, en 1816 (1), rapportent des observations semblables. Cruveilhier divise les kystes en kystes préexistants et en kystes adventifs; il appelle préexistants ceux qui existent dès la naissance : les kystes adventifs sont ceux qui apparaissent plus tard.

Meckel, en 1819, publie un mémoire sur les poils et les dents qui se trouvent accidentellement dans le corps.

Le premier auteur qui ait donné une description des kystes congénitaux s'attache à étudier ceux du cou. C'est Redenbacher, en 1828 (2). A dater de cette époque, de nombreux observateurs s'occupent de cette question, surtout en Allemagne.

Parlant d'un kyste mélicérique situé au cou, Dupuytren recommande (3) d'en opérer la dissection exacte et minutieuse, car, dit-il, l'oubli de la plus petite parcelle suffit pour la reproduction constante de la tumeur ou d'un trajet fistuleux.

En 1838, Lawrence (4) appuyait sur le même point et attirait l'attention sur les kystes de l'angle externe de l'œil.

Fleury et Marchessaux, dans un mémoire qu'ils

(1) Cruveilhier. *Essai sur l'anatomie pathologique*

(2) *Dissertatio inaug. de ranula sublingua congenita.*

(3) *In Gazette des hôpitaux* 1831.

(4) *London medical Gazette.*

publient en 1839 (1) ne s'occupent qu'accessoirement des tumeurs congénitales.

César Hawkins, en Angleterre, publie, en 1839 (2), un travail très complet sur la question. Il cite des observations de kystes séreux multiples qui poussent des prolongements jusque derrière le pharynx et jusque derrière l'œsophage et vont aboutir même à l'apophyse basilaire. Il conseille, comme mode de traitement, les ponctions successives aidées de l'application sur la tumeur de substances résolutives.

Par ce travail, César Hawkins portait déjà un grand jour sur la question des kystes congénitaux. Il signalait et décrivait nettement la variété la plus fréquente de kystes congénitaux du cou, donnait des conseils pleins de sagesse sur le traitement de cette affection en proscrivant les opérations sanglantes, si dangereuses, disait-il, chez le nouveau-né.

En 1843, Wernher (3) publie sur les kystes congénitaux un mémoire très étendu. Il s'attache spécialement à la description des kystes congénitaux du cou et établit une distinction très nette, au point de vue du pronostic, entre les kystes de la région antérieure du cou et ceux qui siègent à

(1) *In Gazette médicale* de Paris 1839.

(2) *Médico-chirurgical Transactions*.

(3) Wernher. *Die angeborenen Kysten hygroma und die ihnen verwandten Geschwülste*. Geissen 1843.

la région postérieure, ceux-ci se présentant le plus souvent chez des enfants nés avant terme et s'accompagnant d'autres vices de conformation, les autres, au contraire, se montrant chez des enfants nés à terme et parfaitement viables. Il semble aussi admettre la division des kystes en kystes simples et en kystes composés. Il étudie enfin la marche, le diagnostic des kystes congénitaux et émet certaines hypothèses sur leur nature, leur mode de développement.

C'est seulement en 1852, que Kohlrusch démontre l'analogie de la structure des kystes dermoïdes congénitaux avec la peau.

Puis paraît la thèse de Joseph Gilles. (1) Il parle d'un cas remarquable où il s'agit d'un kyste qui contient des produits variés, plus ou moins complexes, tels que cheveux, de la matière adipeuse, des fragments de cartilage et d'os, des dents. Ce fait a pour Gilles d'autant plus d'importance qu'il y voit la preuve que certains kystes contenant de la matière sébacée, des poils, des parcelles d'os, ne sont pas toujours congénitaux, mais bien qu'ils peuvent se montrer après la naissance, et même à un âge plus avancé.

Il confirme les idées de Lebert (2) qui, à la

(1) Gilles. *De hygromatis cysticis congenitis, deque novis quibusdam eorum exemplis quæ in collo et in regione sacrae observata sunt.* Bonn 1852.

(2) Lebert. Comptes-rendus de la Société de Biologie. Sur les kystes dermoïdes et sur l'hétérotopie plastique, 15, nov. 1852.

même époque, en France, publiait son mémoire et développait sa grande loi de l'hétérotopie plastique.

M. Verneuil (1), d'abord partisan de cette théorie de Lebert, se mit bientôt à la réfuter et à établir celle de l'inclusion.

Remak, que beaucoup d'auteurs désignent comme ayant eu le premier l'idée de la formation des kystes dermoïdes par ce mécanisme d'inclusion, publia son ouvrage postérieurement à celui de M. Verneuil. Nous verrons plus loin, du reste, que, dans cet ouvrage (2), il n'est nullement question des kystes dermoïdes.

En 1853, M. Lorain publiait, en France, la première observation de kyste dermoïde recueillie par lui dans le service de Nélaton.

L'année suivante (3) il publiait deux nouveaux faits, dont l'un avait trait à un enfant nouveau-né présentant une tumeur qui commençait au-dessous de la région mastoïdienne.

Virlet (4) publia ces trois observations dans sa thèse inaugurale où il donne aussi une bonne des-

(1) Verneuil. in Bull de la Société Anatomique — 27^e année 1852 p. 300.

(2) *Eid Beitrag für die Entwicklungsgeschichte der Krebshaften Geschwülste.* — *Deutsche Klinik*, 22 avril 1854 p. 300.

(3) Lorain. *Comptes-rendus de la Société de Biologie.* — 1853—1854.

(4) Virlet. *Thèse de Paris* 1854.

cription des symptômes et préconise comme traitement les injections iodées.

En 1856, (1) Debout fait paraître un article sur les kystes congénitaux du cou qu'il considère au point de vue thérapeutique. Il cite les trois observations qui ont servi de base au travail de Hawkins, dans l'une desquelles il s'agit d'une tumeur allant de l'apophyse mastoïde au menton et de l'apophyse zygomatique au cartilage cricoïde, et où les injections iodées furent couronnées de succès.

En 1859, (2) à la suite d'une discussion à la Société de Chirurgie de Paris, à propos d'une observation présentée par M. Giraldès, la distinction des tumeurs congénitales en kystes simples et en kystes composés fut considérée comme nécessaire au point de vue du traitement.

Depuis cette époque paraissent, en France et à l'étranger, de nombreuses relations ayant trait aux kystes congénitaux, soit du cou, soit de la région du sourcil. On peut citer les thèses de Gass (3) de Boucher (4).

En 1866, Virchow cite une observation de kyste dermoïde de la région mastoïdienne. (5).

(1) Debout. *Des kystes congénitaux du cou et de leur traitement par les badigeonnages et les injections de teinture d'iode. In Bull. gén. de Thérapeutique.* T. LI 1856

(2) *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris* 1859. T. X p. 221.

(3) *Thèse de Strasbourg*, 1867.

(4) *Thèse de Strasbourg*, 1868.

(5) *Virchow's Archiv B.* XXXV. 1866. s. 208.

En 1869, Broca publie son *Traité des tumeurs*, et généralise la théorie de M. Verneuil.

En 1877, paraît la thèse de Cusset (1) qui étudie complètement l'embryogénie de la face et du cou et jette un jour nouveau sur la question des kystes branchiaux et des fistules branchiales, peu étudiés auparavant, surtout à ce point de vue embryogénique.

Depuis cette époque, la question des kystes congénitaux n'a cessé d'être à l'ordre du jour. On s'est appliqué à en rechercher la présence dans toutes les régions et de nombreuses observations viennent confirmer la théorie de l'enclavement définitivement admise. A cette époque (1879), nous trouvons publiée dans *Lyon médical*, une des rares observations de kystes dermoïdes de la région mastoïdienne.

Jusque là, on s'était borné à considérer les kystes dermoïdes comme étant d'origine congénitale. En 1879, il est vrai, M. Gironde, après avoir rapporté l'observation dont nous venons de parler relative à un kyste dont le développement avait été précédé d'un traumatisme, émettait bien l'opinion que ce kyste pouvait être un kyste acquis, mais sans pouvoir appuyer son assertion sur des preuves certaines. Ce n'est qu'à partir de 1884, époque où eut lieu à la Société de Médecine de Nancy la com-

(1) Etude sur l'appareil branchial des vertébrés et de quelques affections qui en dérivent chez l'homme.

munication faite par M. le Professeur Gross, sur les tumeurs perlées des doigts, suivie d'une observation relatée par M. le Professeur Heydenreich ayant trait à un cas bien manifeste de kyste dermoïde de la face palmaire de la deuxième phalange de l'index droit et qui inspira la thèse de Lalitte en 1885, ce n'est qu'à cette époque que l'on commença à diviser les kystes dermoïdes en kystes congénitaux et kystes acquis. Cette distinction fut confirmée encore par les belles expériences de M. Masse, de Bordeaux, qui réussit, par des transplantations et des greffes d'épiderme, à provoquer la formation de kystes dermoïdes analogues aux kystes congénitaux. Cette question fut depuis soumise à de nouvelles expériences et les relations en furent plus fréquentes au sein des sociétés savantes. En 1886, M. Poulet faisait une nouvelle communication sur les kystes acquis.

Depuis 1880, nous avons la bonne fortune de rencontrer quelques observations de kystes de la région mastoïdienne. C'est ainsi que nous pouvons citer celles de MM. Eugène Boeckel, (1880) (1), Gillette, (2) Reclus, (3) Poncet, (4) Heydenreich, (5) et Després (6).

(1) *In Gazette médicale de Strasbourg* 1880.

(2) *In Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie* 1881.

(3) *In Bulletin de la Société anatomique de Paris* 1887.

(4) *In Lyon médical* 1886 et 1889.

(5) Novembre 1889.

(6) *In Gazette des hôpitaux* 1890.

Enfin en 1886, MM. Lannelongue et Achard publiaient leur traité des kystes congénitaux et exposaient dans cet ouvrage magistral, d'une façon irréfutable, la théorie dite de l'inclusion ou de l'enclavement. Mais dans cet ouvrage, il est peu parlé des kystes de la région mastoïdienne qui nous intéressent spécialement. Dans le chapitre où il traite des kystes dermoïdes du crâne, M. Lannelongue dit bien qu'ils se rencontrent assez ordinairement au pourtour de l'oreille, à la région mastoïdienne. Ces kystes rares à cette région, ne sont cités qu'incidemment et dans les nombreuses observations qui suivent son ouvrage, M. Lannelongue n'en cite que deux cas.

Les deux derniers travaux publiés sur les kystes congénitaux sont les thèses de MM. Gorron (1) et V. Le Lan (2).

D'après ce rapide historique des kystes congénitaux, nous voyons que les kystes de la région mastoïdienne n'ont pu être notés que par quelques rares chirurgiens dont nous rapportons les observations à la fin de notre travail, et que les auteurs ne les citent pour ainsi dire qu'en passant, ce qui prouve bien leur rareté en cette région.

(1) Gorron. *Thèse de Bordeaux* 1888. *Des fistules branchiales*.

(2) Le Lan. *Thèse de Montpellier* 1889. *Des kystes dermoïdes de la queue du sourcil*.

CHAPITRE II

DESCRIPTION TOPOGRAPHIQUE

On désigne sous le nom de kystes dermoïdes des tumeurs dont les parois sont formées par une membrane présentant la structure fondamentale du tégument externe.

On considère le plus souvent ces kystes comme étant d'origine congénitale. Cette expression toutefois a besoin d'être expliquée : le mot congénital ne doit pas être rapproché du mot préexistant sous lequel Cruveilhier désignait les kystes qui apparaissaient dès la naissance. Il n'indique nullement que ces kystes existent toujours à l'état de tumeurs toutes formées dès la naissance, mais seulement que les causes déterminantes de leur production existent déjà pendant la vie intra-utérine, en un mot, que leur pathogénie se rattache à un trouble de développement. Il se voient assez souvent à la naissance ou commencent en général à paraître peu de temps après elle ; mais, dans certaines circonstances, assez nombreuses du reste, ils peuvent, pendant un temps plus ou moins long, passer complètement inaperçus. Cela tient sans doute à ce que les produits de sécrétion de leur paroi sont résorbés très activement, sur-

tout chez les enfants, mais si les conditions qui président à cette résorption viennent à être troublées, pour une cause ou pour une autre, il se forme un kyste dont l'origine est évidemment congénitale.

On observe les kystes congénitaux surtout dans les régions au développement desquelles a pris part l'appareil branchial, au cou, à l'orbite et son pourtour, à la face, à la région mastoïdienne au plancher buccal; mais il ne s'ensuit pas qu'on ne doive les rencontrer dans les autres régions. On les découvre sur toutes les autres parties du corps où il n'y a pas traces d'appareil branchial. C'est ainsi qu'ils existent au cuir chevelu, au crâne, au thorax, à la région sacro-périnéale, au scrotum, aux jambes, aux bras, aux doigts, à l'intérieur du corps, dans les méninges (Morgagni. Pagel. Lebert) dans le poumon (Köllicker), le foie, l'épiploon, le mésentère, l'ovaire, etc.

Bien qu'affectant ces différents sièges, ils sont loin de se rencontrer partout avec une fréquence égale. D'après la statistique de Lebert, c'est dans l'ovaire qu'ils seraient de beaucoup les plus fréquents et sur 188 cas de kystes dermoïdes recueillis par lui, il compterait 129 kystes de l'ovaire. Les kystes de l'orbite et de son pourtour n'occuperaient que le deuxième rang avec neuf cas. Cette statistique de Lebert, quoique portant sur un grand nombre de cas, ne donne pas une notion bien exacte du siège des kystes dermoïdes; elle a été établie, non pas

d'après des observations personnelles, mais d'après les cas publiés, c'est-à-dire d'après des faits qui sortent un peu de l'ordinaire et qui présentent un intérêt quelconque par leur étrangeté ou par leur mode de structure. Comme précisément l'ovaire est l'organe où les kystes dermoïdes présentent les plus grandes variétés comme structure, il n'est pas étonnant que Lebert en ait rencontré de nombreux cas. Les kystes de la tête, au contraire, ont en général une structure très simple et ne sont le plus souvent pas livrés à la publicité.

M. Heurtaux (de Nantes), a établi une classification d'après ses observations personnelles et de là il résulte, selon lui, que les kystes dermoïdes sont beaucoup plus fréquents à la région de l'orbite et à son pourtour que dans toutes autres régions.

C'est du reste l'opinion de Pauly, qui, adoptant les idées de Lücke, s'élève également contre la classification de Lebert et la prédominance qu'il accorde aux kystes ovariens.

Quoi qu'il en soit, et tout en admettant l'opinion de MM. Heurtaux et Pauly, nous reproduisons ici un tableau statistique d'après Lebert, qui nous semble assez bien fixer le siège des tumeurs dermoïdes, à part ce qui concerne l'orbite et l'ovaire qui n'en sont pas moins dans toutes les classifications, deux des régions où elles se rencontrent le plus fréquemment.

TABLEAU STATISTIQUE D'APRÈS LEBERT.

Kystes dermoïdes : 188 cas.	Non ovariens : 59 cas.	Sous-cutanés	9 fois aux environs de l'œil près des sourcils 3 fois à la racine du nez 1 fois à la tête et à la tempe. 1 fois au cuir chevelu. 3 fois au cou. 1 fois au pubis. 3 fois aux jambes. Les 19 fois chez l'homme.
		24 faits, dont 19 chez l'homme et 5 chez les animaux.	
		Intra-méningiens :	5 cas. 4 chez l'homme. 1 chez le cheval, contenant des produits sébacés et pileux.
		Parties profondes du corps. 27 faits dont 21 pour l'espèce humaine.	2 fois dans la cavité du thorax. 2 fois dans le voisinage du foie. 2 fois dans le mésentère et l'épiploon. 2 fois dans la matrice. 1 fois entre l'utérus et la vessie. 1 fois entre l'utérus et le rectum. 10 contenant : Graisse, Poils, quelquefois des os, mais pas de dents.
		41 contenant des dents.	3 fois dans le péritoine. 2 fois dans la matrice. 2 fois près de l'estomac. 1 fois près du diaphragme. 1 fois sous la langue. 1 fois dans l'orbite. 1 fois dans le thorax.
Ovariens	429 cas.	41 pili-graisseux.	
		82 fois pili-graisseux et pili-dentaires.	49 fois des os. 63 fois des dents.

M. Lannelongue cite comme lieux d'élection des kystes dermoïdes : l'orbite et son pourtour, le cuir chevelu, le cou, le plancher buccal, la cavité abdominale, le scrotum et la région sacro-périnéale. En dehors de ces régions, dit-il, les kystes dermoïdes sont tout-à-fait rares.

Dans la statistique de Lebert, il n'est pas fait mention des kystes de la région mastoïdienne. On pourrait à bon droit s'étonner que pendant une aussi longue série d'années ils aient été passés sous silence et qu'il faille arriver presque jusqu'à notre époque pour commencer à en rencontrer quelques cas. Nous avons déjà dit que pendant longtemps on avait désigné les kystes congénitaux sous la rubrique de monstruosités, sans plus de détails ; nous ajouterons que beaucoup de kystes de la région mastoïdienne ont dû être pris pour des kystes sébacés et que, vu la fréquence de ces derniers sur toute la périphérie du corps, la présence de ce que l'on considérait comme de telles tumeurs, n'a pas dû attirer l'attention plus spécialement à la région mastoïdienne qu'ailleurs et n'a pas dû être notée. Nous pouvons rétablir la réalité et dire, preuves en mains, que à la région mastoïdienne on rencontre des kystes dermoïdes.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les kystes dermoïdes sont, dit Broca, des tumeurs chroniques, constituées par des cavités closes, anormales ou anormalement développées, dont les parois sont en rapport de continuité, par leur surface externe, avec les tissus musculaires environnants, et en rapport de contiguité, par leur surface interne, avec une substance le plus souvent liquide ou molle, rarement solide, quelquefois organisée et vivante, mais toujours indépendante de la circulation générale.

Dans ce chapitre, nous ne prétendons pas étudier tout ce qui a rapport aux kystes dermoïdes de toutes les régions ; nous n'avons en vue que ceux du crâne, dont la région mastoïdienne fait partie, mais comme tous les kystes dermoïdes, à quelque région qu'ils appartiennent, présentent en définitive à peu près toujours la même structure fondamentale, nous sommes obligés de rappeler les généralités relatives à ces kystes. Tout ce que nous allons dire s'applique donc parfaitement aux kystes de la région mastoïdienne, et nous les aurons spécialement en vue dans cette description.

Leur aspect extérieur ne les distingue en rien des autres tumeurs. Ils sont généralement de forme arrondie ; par exception seulement, quand ils sont composés de cavités multiples, ils prennent une apparence plus ou moins lobée, plus ou moins irrégulière.

Leur volume varie généralement de la grosseur d'un petit pois à celle d'une noisette ; il est rare qu'il atteigne la grosseur d'un œuf de poule, car l'individu qui en est porteur, gêné qu'il est par une tumeur qui a atteint ce volume, fut-elle située derrière l'oreille ou au-dessus de l'apophyse mastoïde, s'adresse auparavant au chirurgien et songe à se faire opérer. Dans les autres régions, on cite des cas de kystes ayant atteint des dimensions considérables, par exemple les kystes de l'ovaire qui en général deviennent les plus volumineux, mais à la région mastoïdienne une tumeur qui atteint le volume d'une orange par exemple est extraordinaire. Toutes celles que nous citons avaient un volume moindre.

Ils présentent généralement des adhérences, d'abord avec les parties environnantes, fibres musculaires, auxquelles les parois sont intimement unies, et aussi avec le périoste. Quelquefois l'os sous-jacent n'est pas modifié dans sa structure, mais il peut cependant être creusé d'une dépression ou d'un conduit dans lequel se loge le kyste ou son pédicule.

Il y a généralement dans tous nos cas, intégrité

du périoste, bien qu'on ait remarqué parfois des rugosités et des sécrétions périostales dues à l'inflammation du périoste. Régnier, dans sa thèse inaugurale (1) cite un cas analogue avec cupule du frontal, sans inflammation du périoste, observé par M. Bouchard dans le service de Velpeau et publié dans le Bulletin de la Société anatomique.

Dans certains cas assez rares, l'os peut être détruit en partie ou en totalité et être simplement remplacé par un épaissement des méninges. On a voulu expliquer ce mécanisme d'usure de l'os de différentes façons : les uns y voient des phénomènes de compression, les autres ont cru pouvoir rapprocher ces cas des cavités produites par les anévrysmes dans les os voisins. Mais cet argument, qui pourrait ne pas être sans valeur apparente, tombe de lui-même puisqu'on a observé le même fait sur le nouveau-né. Notre opinion est que, en pareil cas, le kyste et la dépression sont contemporains et ont la même origine fœtale.

§ 1. — Caractères généraux de la paroi.

La paroi dermoïde n'offre pas de caractères nettement tranchés ; elle présente d'assez grandes variétés, tant au point de vue de son aspect extérieur qu'à celui de sa structure. Son aspect varie avec

(1) Thèse de Paris.

les différents exemples qui se présentent. Cependant, dans tous les cas, nous avons retrouvé plus ou moins fidèlement retracée la structure fondamentale de la peau.

Kolrausch démontra le premier (1) la structure des kystes dermoïdes se rapprochant de celle de la peau ou d'une muqueuse. La surface interne, blanche chez certains sujets, est nacrée et lisse chez d'autres; rosée parfois, inégale et recouverte de petites élevures, elle peut rappeler la muqueuse de l'estomac ou encore une vessie à colonnes. Elle peut même, chez le même individu, varier avec les différentes parties de sa surface.

Son épaisseur n'est pas moins variable que son aspect. C'est ainsi que l'on peut rencontrer des kystes ayant des parois très-minces et très-souples, tandis que d'autres ont leurs parois très-épaisses et en quelque sorte calcifiées. Bien plus, on peut, comme nous le relatons dans une de nos observations, rencontrer sur le même kyste des parties plus épaisses et d'une consistance plus considérable que les autres. La souplesse des parois semblent permettre une croissance plus rapide du kyste, tandis que lorsqu'elles sont plus résistantes, le kyste ne peut augmenter de volume. C'est peut-être à cette différence de consistance que sont dues les bosselures inégales que l'on ren-

(1) Muller's Archiv., 1843, p. 365.

contre assez souvent dans les kystes dermoïdes en en faisant la palpation.

De même que la souplesse, l'épaisseur de la paroi varie donc suivant les différentes parties du kyste. La structure de la poche varie aussi suivant son épaisseur et suivant le point examiné. Sur des coupes faites au niveau des portions épaissies d'un kyste de la région mastoïdienne dont nous relatons l'observation, on peut remarquer des papilles ou des rudiments de papilles, des glandes sébacées et pilifères rappelant les éléments contenus dans la peau, tandis qu'au niveau des portions où la paroi est amincie un ou plusieurs de ces éléments font défaut. Peut-être, dit M. Lannelongue, l'épithélium a-t-il été détruit ou s'est-il desquamé; peut-être y a-t-il eu, à un moment donné, rupture du kyste dans le tissu ambiant.

§ 2. — Contenu du kyste.

Si la nature de la paroi kystique varie ainsi que nous venons de le voir, en épaisseur, en souplesse et en consistance, il est facile de supposer que le contenu variera aussi suivant la paroi qui l'aura secrété. La présence des poils, de différentes grandeurs, longs ou courts, s'y explique facilement. Ils atteignent souvent une grande longueur; on cite par exemple le cas d'une femme qui avait été opérée d'un kyste dermoïde à l'intérieur duquel on trouva un poil de deux mètres; ils sont isolés

ou réunis en paquets. Leur couleur est variable et souvent différente de la couleur des poils de l'individu (1). La couleur même change souvent pour un poil dans les différentes parties de sa longueur. Ces poils sont accompagnées de glandes sébacées, mais on peut rencontrer des poils sans glandes et des glandes sans poils. Enfin les poils peuvent être tous implantés sur la paroi ou bien un certain nombre peuvent être libres à l'intérieur de la poche, ou enfin il peut arriver que tous soient tombés et qu'on n'en rencontre plus d'implantés. On peut rencontrer un très grand nombre de poils et un très petit nombre de follicules pileux. Cette circonstance d'est nullement étonnante, car le même follicule peut successivement former un grand nombre de poils.

Le contenu des kystes dermoïdes varie beaucoup et à cause de cela certains auteurs éprouvent de la répugnance à classer dans une même catégorie les kystes pileux et les kystes osseux et dentifères.

Toutes les productions qui existent dans l'intérieur du kyste, sont mêlées plus ou moins intimement avec de la matière sébacée, qui est du reste le contenu ordinaire de ces tumeurs. C'est tout au moins une matière grasse, jaunâtre, de la consistance du suif, identique à celle que contiennent les glandes sébacées des poils. Au micros-

(1) Follin et Duplay. *Pathologie externe*, t. II et III.

cope, on y découvre des amas de cellules épithé-
liades et d'écailles épidermiques plus ou moins
déformées et infiltrées de graisse, des cristaux de
cholesterine. « A l'œil nu, la matière sébacée n'a
pas toujours le même aspect (1). Le plus souvent
c'est un magma blanchâtre ou jaunâtre, ayant la
consistance d'une bouillie, ce qui a fait donner
autrefois à ces kystes le nom d'athéromes, de
kystes athéromateux ». Nous rapportons un cas de
kyste de cette nature, développé immédiatement
au-dessus de l'apophyse mastoïde. D'autres fois, le
contenu rappelle un amas de plâtre, du suif fondu.

Le contenu est quelquefois séreux, et d'autres
fois même la matière grasse peut exister à l'état
de fusion à la température du corps. Les kystes
dermoïdes de cette nature portent le nom de
kystes huileux, et ont été bien étudiés par G. Vas-
sieux et Broca. Nous en rapportons, dans nos ob-
servations, un cas intéressant. En sortant du
kyste, la matière huileuse se fige par le refroidis-
sement et se prend en masse qui a l'aspect, la
consistance et une odeur se rapprochant de celle
du beurre. Ils sont pour la plupart congénitaux et,
dans un grand nombre de cas, leur structure der-
moïde est à peu près incontestable, soit que l'exa-
men histologique ait été pratiqué, soit que le con-
tenu permette à l'œil nu d'en affirmer la nature.

(1) Lannelongue et Achard. — *Traité des Kystes congéni-
taux*.

Ils peuvent parfaitement résulter de la transformation d'un kyste dermoïde ordinaire ou de la transformation d'un kyste séreux en kyste huileux. Desprès a rencontré un cas de chacune de ces deux transformations ; dans le premier, il s'agissait d'un kyste dermoïde ordinaire de la racine du nez incomplètement opéré et récidivé ; dans le second, il s'agissait d'un kyste séreux incomplètement opéré aussi.

Disons que les kystes dermoïdes, en général, ne contiennent pas toujours d'une façon uniforme les mêmes éléments : poils, concrétions osseuses, etc... On a eu occasion d'observer les modifications les plus nombreuses de leur contenu. C'est ainsi que Broca, en 1862, trouvait dans la partie externe de la loge orbitaire un liquide visqueux contenant de l'albumine, des matières grasses, des sels. D'ailleurs, les transformations se poursuivent dans nombre d'observations. J... et A. Sichel rapportent, dans la *Gazette des Hôpitaux* du 11 mai 1877, et dans les *Annales d'Oculistique* de 1867, deux cas de kystes ayant subi la transformation pierreuse ou calcaire. Trélat, dans le *Bulletin de la Société anatomique*, rapporte un cas de kyste osseux et crétaqué. Enfin, J.-P. Waston, dans un numéro de la *Lancet* (july 1872), rapporte qu'il trouva, dans un kyste, du pus, non pas que le pus y eut toujours existé, mais sous une cause inflammatoire quelconque la tumeur s'était enflammée.

§ 3. — Structure de la paroi dermoïde et de ses dérivés.

Dans notre définition du kyste dermoïde, nous avons dit que la paroi présentait une structure rappelant la structure fondamentale du tégument externe. Elle s'applique très bien aux kystes du crâne dont la structure est très simple. On y trouve les éléments suivants :

a) *Epiderme*. — L'épithélium est pavimenteux stratifié, en couche très mince, parfois unique. Les cellules placées tout-à-fait à la partie centrale du kyste subissent la transformation graisseuse et se confondent avec la matière sébacée ordinairement contenue dans la poche.

b) *Derme*. — Le derme présente la structure habituelle du tissu conjonctif. Il forme souvent au-dessous de l'épithélium une ligne de démarcation légèrement ondulée par des rudiments de papilles. Parfois il ne contient pas de plan papillaire. Il contient des fibres musculaires lisses au voisinage des poils. Dans le feutrage formé par le tissu conjonctif fondamental, on rencontre un grand nombre de loges qui contiennent des glandes sébacées plus ou moins volumineuses. Elles peuvent, d'après Pauly, atteindre un développement de trois millimètres et devenir même l'origine d'un kyste sébacé ou provoquer la transformation d'un kyste purment dermoïde en kyste purement sébacé.

Au milieu de ces amas glandulaires, on rencontre un certain nombre de follicules pileux. Nous avons déjà eu l'occasion de parler des poils qui se trouvent dans le contenu kystique. Nous rappelons encore que le nombre des follicules pileux peut être très inférieur au nombre des poils, un seul follicule donnant successivement naissance à plusieurs poils. Ceux-ci peuvent présenter toutes les variétés, depuis les poils follets formant un duvet à peine visible au sein de la matière sébacée jusqu'aux poils d'une longueur considérable.

Ajoutons que dans le derme on rencontre aussi des vaisseaux et des nerfs, plus fréquemment des vaisseaux. Nous citons plus loin une observation où l'analyse histologique du kyste a été faite et où on a remarqué des faisceaux vasculo-nerveux présentant des artères volumineuses et un grand nombre de nerfs.

Les glandes sudoripares ne se trouvent pas constamment dans les kystes dermoïdes. Quand elles existent, elles sont tantôt rudimentaires, tantôt présentent un développement considérable. Leur volume et leur nombre semblent être en raison inverse de ceux des glandes sébacées. Dans l'observation que nous citons on n'a pas trouvé trace de glandes sudoripares, comme en général dans toutes celle que nous présentons.

Quant aux ongles et aux dents, ils peuvent exister dans certains kystes dermoïdes ; nous n'en trouvons pas d'indication dans les observations

que nous avons pu recueillir sur les kystes de la région mastoïdienne. Dans les autres régions, la présence des ongles est, du reste, tout à fait exceptionnelle. Celle des dents est plus fréquente dans ces autres régions, et on peut alors rencontrer toutes les variétés de dents, depuis la dent de lait jusqu'à la dent de sagesse. On a même trouvé parfois des dents cariées, mais comme dit M. Lannelongue, il est permis de croire avec Magitot qu'il s'agissait alors, non pas de carie véritable, mais simplement de phénomènes d'usure et de résorption, comparables à l'usure spontanée et progressive que présente physiologiquement la racine des dents temporaires, ainsi que d'altération consistant en dépressions ou pertes de substance de l'émail dépendant de l'érosion et capables de simuler la carie (1).

Outre ces différents produits dont nous avons signalé la présence possible dans les kystes dermoïdes, nous pourrions encore citer les observations de MM. Verneuil et Clado qui, dans trois kystes dermoïdes, découvrirent la présence de microbes pathogènes. Ces microbes purent être cultivés et inoculés à différents animaux; ils se trouvaient dans le liquide; la paroi kystique n'en contenait pas (2).

(1) E. Magitot : *Traité de la carie dentaire*, Paris, 1872.

(2) *In Semaine médicale*, 1888, p. 475.

Somme toute, concluons-nous avec M. Le Lan, d'après les diverses considérations qui précèdent, aucun tissu n'offre dans le kyste dermoïde d'altérations morbides. S'il est dans ces tumeurs quelque chose d'anormal, c'est plutôt leur situation que leur structure (1).

(1) Le Lan. Thèse de Montpellier, 1889.

CHAPITRE IV

PATHOGÉNIE

Dès le début de notre travail, nous avons dit que les kystes dermoïdes sont, dans l'immense majorité des cas, nous pourrions dire toujours, considérés comme étant d'origine congénitale. Cette opinion est admise par la généralité des auteurs. Ce qui a fait supposer à des chirurgiens que certains kystes pouvaient ne pas être congénitaux, qu'il s'agisse de la région mastoïdienne ou d'une autre région, c'est probablement l'époque de leur apparition. En effet, ils se montrent ou plutôt l'individu qui en est porteur s'en aperçoit en général vers l'âge de la puberté ; tandis que chez d'autres, ils apparaissent dès les premiers temps de la vie ou à la naissance même. Nous avons, dans nos observations, un exemple de chacun de ces cas. Cette manifestation plus ou moins tardive n'infirmes en rien l'explication que nous avons donnée de ce que nous entendons avec M. Lannelongue, par l'expression de kyste congénital.

Chez beaucoup d'individus, les kystes dermoïdes se montrent bien après l'âge de la puberté. Nous citons, dans une de nos observations, le cas d'une femme de trente ans, qui présentait un kyste hui-

leux de la région mastoïdienne, kyste dont elle faisait remonter l'origine à l'âge de quinze ans et qui était probablement congénital. Nous citons aussi le cas d'un homme âgé de cinquante-un ans, qui avait vu se développer, après une chute sur la tête, une tumeur dans la région mastoïdienne droite, tumeur reconnue pour être un kyste dermoïde. Le développement s'était produit à l'âge de trente-six ans.

Nous concluons donc, avec M. Verneuil, que les kystes dermoïdes sont congénitaux, mais que dans une première phase de leur évolution, qu'il appelle période d'indolence et de stagnation, ils sont facilement méconnus ; que cette période d'inobservation peut avoir, dans certains cas, une durée très longue et se prolonger jusqu'à un âge avancé, mais qu'elle ne dépasse pas, en général, la puberté pour les kystes sous-cutanés, et l'âge mûr pour les kystes profonds (1). L'origine congénitale des kystes de la région mastoïdienne n'est pas douteuse, comme nous le verrons plus loin.

L'origine congénitale des kystes dermoïdes étant admise, on s'est naturellement efforcé de rapporter à une anomalie du développement la raison de leur formation. Nous avons déjà dit, dans notre historique, qu'une des raisons pour lesquelles on ne les voit pas citer par les auteurs pendant de

(1) Lannelongue. — Loc. cit., p. 86.

longues séries d'années, est que probablement on considérerait alors les tumeurs congénitales comme appartenant à la classe des monstruosités. Cette idée a été reprise longtemps après et, dit M. Lannelongue, « il est, entre ces productions et les monstruosités en général, des liens assez étroits, et Is. Geoffroy Saint-Hilaire a pu établir toute une série d'intermédiaires entre les monstres doubles les plus compliqués et les tumeurs dermoïdes, de la même manière que l'on peut descendre par degrés insensibles de celles-ci aux kystes dermoïdes les plus simples ». Cette opinion a été reprise par Verneuil, en 1855, et par Broca (1).

Nous ne voulons pas nous arrêter à discuter toutes les théories émises pour expliquer la congénitalité des kystes dermoïdes; ce serait sortir du cadre de notre travail. Nous nous contenterons de citer ces différentes théories pathologiques, telles que la diplogénèse par inclusion, l'hétérotopie plastique de Lebert, la parthénogénèse, la grossesse extra-utérine, la grossesse gémellaire, la superfétation. Nous croyons inutile d'insister sur des points aujourd'hui tombés dans l'oubli, et nous nous en tiendrons à la théorie actuellement admise et que nous adoptons pour expliquer la formation des kystes de la région mastoïdienne, celle de l'inclusion de tégument, due à M. le professeur Verneuil.

(1) Broca. — Loc. cit., t. II, p. 134.

Cette théorie appartient bien à M. Verneuil et non à Remak, comme beaucoup d'auteurs et les Allemands surtout se plaisent à le soutenir. En effet, c'est en 1852 que, répondant à Lebert devant la Société anatomique, M. Verneuil émit l'opinion que les kystes dermoïdes de l'orbite et de son pourtour se développent aux dépens du revêtement cutané qui tapisse chez l'embryon la fente fronto-maxillaire. C'est seulement en 1854 que Remak fit paraître l'article que l'on veut considérer comme ayant, le premier, trait à la formation des kystes dermoïdes. « Or (1), si l'on se reporte à l'article cité, on n'y trouve que des considérations sur le développement du cancer épithélial et sur l'analogie des bourgeonnements épithéliomateux avec les glandes ; quant aux kystes dermoïdes, il n'en est point question ; Remak parle seulement du cholestéatome de J. Müller, expression qu'il est impossible d'accepter comme synonyme de kyste dermoïde. »

Ceci étant bien acquis, étudions dans ses lignes principales la théorie de M. Verneuil que M. Lannelongue appelle théorie de l'enclavement. Le nom seul varie, mais l'explication est la même ; elle s'adapte à tous les kystes dermoïdes de l'ovaire, du testicule, aussi bien qu'à ceux de la face, du crâne, du tronc et des membres.

(1) Lannelongue. — Loc. cit., p. 106.

M. Verneuil avait établi d'abord sa théorie pour les kystes du sourcil ; plus tard il l'étendit à ceux du plancher buccal, (thèse de Landeta 1863) de la joue, (Cusset, 1877). Enfin il admettait, dès 1855, la formation des kystes dermoïdes en divers points du corps, aux dépens de plicatures accidentelles de la peau chez le fœtus. Il est donc dès lors facile d'expliquer la présence des kystes dermoïdes en des points du corps où il n'y a pas traces d'appareil branchial et nous n'éprouverons aucun embarras pour expliquer leur présence sur les points les plus reculés de la région mastoïdienne par exemple et en des points assez éloignés de l'oreille pour qu'on ne puisse songer à invoquer, pour leur production, un enclavement de l'ectoderme au niveau d'une fente branchiale au moment de la formation de l'organe de l'ouïe.

D'après M. Verneuil, dit M. Heurtaux (1) les kyste dermoïdes qui occupent la partie antéro-latérale du cou et de la face auraient pour point de départ une portion du petit repli cutané qui tapisse le bord de l'une des fentes branchiales, dans le cas où, au lieu de se fusionner entièrement, les bords de cette fente ne se fusionneraient qu'en partie, laissant entre eux un petit sac de peau. Le petit sac enclavé au milieu des tissus de l'embryon

(1) Heurtaux. *Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques*. Art. Kyste.

se compose, non seulement d'éléments épithéliaux, mais encore des éléments sous-jacents qui constituent le derme. En réalité c'est le tégument externe tout entier qui se trouve emprisonné, derme, épiderme et ses dérivés. La petite masse épithéliale s'éloigne peu à peu de l'ectoderme par suite du développement des parties voisines et, pendant ce temps, le pédicule épithélial qui la rattache à l'ectoderme est forcé de s'allonger progressivement. Si cet allongement est insuffisant, eu égard à l'accroissement des parties ambiantes, la continuité peut se rompre entre l'ectoderme et le petit amas épithélial qui reste indépendant. Il se peut que les choses en restent là et que la petite masse formée aux dépens de l'ectoderme n'ait pas d'autre avenir. Même lorsqu'elle doit évoluer en kyste dermoïde elle peut rester de longues années stationnaire. On voit assez souvent encore des individus chez qui on a remarqué un kyste dermoïde dans les premiers mois qui suivent la naissance; le kyste est resté longtemps très petit et stationnaire, et c'est sous l'influence d'une cause quelconque, variable souvent dans son mode d'action chez le même individu, que la tumeur se développe. Nous citons, dans nos observations le cas d'une femme âgée de vingt-neuf ans, qui portait un kyste dont l'apparition avait été remarquée par sa mère depuis l'âge de huit mois, et qui ne commença à se développer qu'à l'âge de dix-neuf ans, sous l'influence d'une grossesse, alla en progressant sous l'influence de

trois grossesses et resta ensuite stationnaire malgré d'autres grossesses.

Quoi qu'il en soit, c'est ordinairement vers l'âge de la puberté que les kystes commencent à augmenter de volume et que l'on s'aperçoit de leur présence. La paroi s'accroît alors en surface et en même temps s'accumulent dans sa cavité les produits de sécrétion ou de desquamation. Le mode de formation de la paroi est encore, disait M. Nicaise, en 1883, (1) mal connu. Dans un certain nombre de kystes dermoïdes, il doit y avoir, non pas inclusion d'un sac de peau, mais bien inclusion d'un simple lambeau cutané dont la sécrétion refoule les tissus qui constituent la membrane d'enveloppe fibreuse tandis que le lambeau cutané forme une partie des parois de la poche.

Il serait intéressant, dit M. Lannelongue, de déterminer à quelles particularités de structure, à quelles conditions spéciales physiologiques de la paroi dermoïde répondent les différences variées que présentent ces kystes sous le rapport du contenu ; mais c'est là une question qui ne nous semble pas avoir été abordée jusqu'ici et dont la solution réclamerait de nombreux faits, observés dans les plus grands détails. »

(1) Nicaise. *Association française pour l'avancement des sciences*. Congrès de Rouen 1883, in *Gazette des hôpitaux*, 1863, p. 923.

(2) Lannelongue, loc. cit., p. 108.

Ce qui vient encore confirmer la théorie de la production des kystes dermoïdes par l'enclavement du tégument externe, sac de peau ou simple lambeau cutané, et expliquer leur présence facile en tous les points du corps, ce sont les résultats obtenus par l'expérimentation au moyen de greffes transplantées en divers organes et sur différents points du corps chez les animaux ; les expériences de M. Masse, professeur de médecine opératoire à la Faculté de Bordeaux sont décisives à ce sujet. Avant lui déjà, M. le professeur Gross (1), de la Faculté de Nancy, avait, dans un mémoire publié en 1884, attiré l'attention sur des tumeurs fort intéressantes dont l'origine est manifestement le résultat du traumatisme ; nous voulons parler des tumeurs perlées des doigts. Suivant M. le professeur Gross, dans ces tumeurs, les éléments épithéliaux, refoulés au moment du traumatisme vers les parties profondes, y subiraient une véritable implantation qui serait le germe d'une véritable tumeur. Les tissus déplacés peuvent continuer à vivre comme éléments anatomiques, mais ils peuvent plus tard, sous des influences diverses, à la suite de traumatismes, par exemple, prendre un développement rapide et constituer des tumeurs. M. Goujon (2) a fait, au laboratoire de Robin, de

(1) *Bulletin de la Société de Médecine de Nancy, loc. cit.* 1884.

(2) *Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. VII, p. 193.

nombreuses transplantations d'épithélium. On voyait d'abord proliférer les éléments dans les points où on les avait déposés, mais, au bout d'un certain temps, ils disparaissaient, et on n'en voyait plus trace. M. Anger émit dès lors l'avis que les tumeurs acquises pouvaient se résorber à la longue spontanément comme les éléments transplantés. M. Masse a vu aussi, il est vrai, disparaître les tissus transplantés, mais il se développait secondairement un kyste qui persistait toujours.

La théorie de l'enclavement peut donc expliquer facilement les différents cas de kystes que nous relatons, tant à la région que nous appellerons prémastoïdienne, qui siège immédiatement derrière le conduit auditif, qu'à la région temporale, tout à la naissance des cheveux, qu'à la région mastoïdienne et même aux régions les plus éloignées, qu'il y ait ou non traces d'appareil branchial dans ces régions.

CHAPITRE V

ANATOMIE NORMALE ET EMBRYOLOGIE DE LA RÉGION MASTOÏDIENNE

§ 1^{er}. — Anatomie.

Nous donnons pour limites à la région mastoïdienne : en avant, le pavillon de l'oreille ; en haut et en arrière, la ligne courbe que forme l'implantation des cheveux ; en bas, le sommet de l'apophyse mastoïde.

La peau de cette région, dépourvue de poils, est fine et très lisse, surtout sur l'apophyse mastoïde. Elle participe aux caractères de celle qui recouvre le pavillon de l'oreille. En remontant, elle s'épaissit considérablement et devient très dense. C'est du reste dans cette région supérieure que les cheveux persistent le plus longtemps. La couche cellulo-graisseuse sous-cutanée, simplement celluleuse derrière l'oreille, renferme dans le reste de la région des vésicules adipeuses fines enveloppées dans de petites loges comme il en existe aux régions frontale et pariétale. La graisse ainsi contenue dans ses aréoles est rougeâtre ; on remarque aussi l'existence de quelques petits ganglions lymphatiques qui, à la suite des inflammations de

l'oreille, et même sans elles, se gonflent souvent, deviennent douloureux, et s'abcèdent parfois. Elle se continue avec le tissu cellulaire sous-cutané des régions voisines et notamment avec celui du conduit auditif externe. On sait que le cartilage du conduit auditif ne forme pas un anneau complet, qu'il manque constamment en haut et en arrière ; en cet endroit, un faisceau fibreux ne relie nullement ces deux extrémités. C'est là un point sur lequel a insisté Tillaux (1). Le tissu cellulaire de la région mastoïdienne peut donc se continuer et se continue en effet avec celui du conduit auditif ; cette disposition permet d'expliquer comment le pus peut fuser de la région mastoïdienne dans le conduit auditif et réciproquement. Cette couche sous-cutanée contient, comme nous l'avons déjà dit, des ganglions lymphatiques qui reçoivent une partie des lymphatiques des régions occipitale et pariétale, du pavillon et du conduit auditif externe. Elle contient aussi des artères, des veines et des filets nerveux. Parmi les artères, l'occipitale et l'auriculaire postérieure sont les seules importantes. L'occipitale entre dans la région en sortant de l'intervalle des muscles splénus et trapèze ; elle va s'anastomoser avec la branche postérieure de la temporale et, étant renfermée dans la couche celluleuse, elle est assez difficile à lier. L'artère auri-

(1) Tillaux, *Traité d'anatomie topographique*.

culaire postérieure est placée dans le sillon auriculo-mastoïdien, entre le muscle auriculaire et le tissu fibreux profond. Comme elle s'abouche avec la précédente au-dessus de l'apophyse mastoïde, les blessures du tiers moyen est supérieur de la région occipitale ne sont pas suivies d'hémorrhagie. Il en est de même pour la saillie mastoïdienne, à moins que la division ait lieu très près de l'oreille. On doit encore noter la petite branche de l'occipitale qui pénètre dans la dure-mère par le trou mastoïdien. Disons aussi que l'artère auriculaire postérieure se ramifie sur la face interne de la conque. Adhérente à la couche sous-cutanée, elle est soulevée en dehors avec les téguments dans les abcès de la région et court grand risque d'être intéressée quand on les ouvre.

Dans cette région, il y a une veine au moins et souvent deux pour chaque artère. On trouve, en outre, des veines assez nombreuses qui sortent par les sutures mastoïdo - pariétale et mastoïdo-occipitale, et surtout par le trou mastoïdien, qui en renferme une très grosse qui communique souvent avec les canaux veineux du diploé.

Les nerfs viennent de la branche auriculaire postérieure donnée par le facial à sa sortie du trou stylo-mastoïdien et se divisant en général comme l'artère du même nom, et de la branche sous-mastoïdienne du plexus cervical qui, se ramifiant dans le tissu sous-cutané, se distribue principalement à la peau et s'anastomose avec la

branche auriculaire antérieure du même plexus, avec les rameaux du pariétal externe et du sous-occipital.

La couche musculo-aponévrotique, très mince le plus souvent, diffère à la partie supérieure et à la partie inférieure. La couche aponévrotique se fixe en haut, à la ligne courbe de l'occipital, où elle n'est que la terminaison du muscle occipito-frontal. Inférieurement, elle est formée par la lame fibreuse qui recouvre l'extrémité des muscles splénus et sterno-mastoïdien, mais il est très difficile de la séparer des fibres tendineuses par lesquelles ces muscles s'insèrent supérieurement (1).

Le muscle auriculaire supérieur attache le pavillon de l'oreille à l'apophyse mastoïde. L'occipital recouvre les deux tiers externes de la région, ce qui fait qu'au-dessus de la bosse occipitale l'aponévrose est seule entre les os et la couche sous-cutanée. L'extrémité supérieure des muscles splénus et sterno-mastoïdien s'insère sur l'apophyse mastoïde et court risque d'être atteinte dans les opérations portant sur cette région (2). Cette insertion explique aussi comment des abcès éloignés de l'apophyse mastoïde ont cependant leur point de départ dans une lésion de cette saillie osseuse.

(1) Richet. — *Traité d'anatomie médico-chirurgicale*.

(2) Velpeau. — *Anatomie chirurgicale*, t. I^{er}.

Les kystes dermoïdes de la région mastoïdienne, puisqu'ils adhèrent généralement au périoste, sont donc recouverts, suivant leur siège, par la peau, la couche cellulo-graisseuse, dans laquelle viennent ramper les vaisseaux et les nerfs, l'aponévrose épicroânienne et les muscles.

Lorsqu'on a incisé toutes les parties que nous venons d'indiquer, on arrive sur le périoste de la région. Remarquablement épais en cette région, le périoste est uni intimement à la couche aponévrotique et, d'un autre côté, est peu adhérent au squelette dont le sépare une couche celluleuse très mince. Il se continue en haut et en arrière avec le périoste des régions temporale et occipitale; en avant il pénètre dans le conduit auditif au niveau de ses parois supérieure et postérieure (1) et se confond avec la face profonde de la peau qui tapisse ce conduit. Arrivé au niveau de la membrane du tympan, il se réfléchit et va constituer un des deux plans de la couche moyenne ou fibreuse, le plan des fibres radiées. Le périoste de la région mastoïdienne est donc en continuité directe avec celui du conduit auditif et de la caisse du tympan.

Enfin, au-dessous des parties molles, est situé le plan osseux de la région, où nous avons surtout à remarquer l'apophyse mastoïde.

L'apophyse mastoïde, sujette à des variations

(1) Gervais. — *Thèse de doctorat*, 1879, Paris.

nombreuses, beaucoup moins saillante chez l'enfant que chez l'adulte et chez la femme que chez l'homme, l'est davantage chez les vieillards. Son développement est presque toujours dû aux cellules qu'elle renferme. La faisant communiquer avec la caisse tympanique, ces cellules expliquent pourquoi sa perforation a été conseillée dans le but de donner issue au pus, au sang épanché dans l'oreille moyenne et pour permettre l'entrée de l'air dans la cavité du tympan (1). Elle est creusée d'une foule de petites cellules très irrégulières qui n'existent pas, dit Murray, chez les enfants, chez qui cette portion du temporal n'est composée que d'une masse spongieuse rougeâtre. A un ou deux ans, l'apophyse proémine davantage, mais les cellules sont très petites, ouvertes pour la plupart à leur superficie, et elles forment encore une masse spongieuse uniforme. A quatre ans, l'apophyse, beaucoup plus développée, est recouverte extérieurement d'une couche osseuse, mais les cellules ne se confondent pas encore. L'apophyse et les cellules n'ont acquis une grandeur convenable que quand tout le corps a cessé de croître. Murray a observé un cas où l'apophyse était restée entièrement compacte. Plus l'apophyse est développée, moins les cellules sont nombreuses et plus elles sont vastes. Elles sont plus nombreuses vers la base de l'apophyse,

(1) Velpeau. — Loc. cit.

mais vers le sommet elles sont plus vastes et plus rapprochées de la face externe de l'os. Enfin toutes ces cellules communiquent entre elles. La table osseuse qui revêt extérieurement l'apophyse mastoïde est inégale dans son épaisseur et va généralement en augmentant du sommet à la base. On observe quelquefois des amincissements considérables et des pertes de substance, circonstance qui peut donner l'explication de certains emphysèmes qui se montrent parfois derrière l'oreille (1).

Les cellules mastoïdiennes, la caisse et la trompe d'Eustache forment en réalité un seul canal. Enfin, la muqueuse qui tapisse ces cellules n'est qu'un prolongement de celle de la caisse et de la trompe. Elle est lisse, blanchâtre et ressemble beaucoup à une séreuse; son épithélium est pavimenteux. Elle est excessivement mince et si intimement unie au périoste que ces deux membranes n'en forment guère qu'une seule.

Nous avons étudié ainsi les différentes couches que l'on rencontre à la région mastoïdienne, en partant de la peau. Il est bon de remarquer toutefois que, chez l'enfant, la couche sous-cutanée se détache bien plus facilement que chez l'adulte de la couche musculo-aponévrotique sous-jacente. Sa continuation avec le tissu cellulaire sous-cutané du conduit auditif semble aussi plus facile à constater.

(1) Délaiement. — Thèse de Paris, 1868.

Le périoste, plus épais que chez l'adulte, et plus facile à détacher du temporal se continue, dans les premiers temps de la vie, non plus avec celui du conduit auditif, mais directement avec celui de la caisse. A la naissance, en effet, le conduit auditif osseux n'existe pas ; il est représenté par un anneau osseux incomplet en haut, appelé anneau tympanique, dans lequel s'enchasse la membrane du tympan. A partir de la naissance, l'anneau tympanique se développe à mesure que diminue la portion membraneuse et forme une partie de la portion osseuse du conduit auditif. L'autre partie, c'est-à-dire la partie supérieure, est constituée par la surface externe du temporal (1).

§ II. — Embryologie.

Les kystes de la région mastoïdienne peuvent affecter dans cette région différents sièges : ils peuvent être situés dans le sillon auriculo-mastoïdien, immédiatement derrière le pavillon de l'oreille, c'est-à-dire à la région prémastoïdienne ; ils peuvent être situés à la partie supérieure du pavillon de l'oreille à la naissance des cheveux ; ils peuvent se rencontrer à la région mastoïdienne, sur l'apophyse, et enfin entre cette apophyse et la protubérance occipitale, c'est-à-dire à la région occipito-mastoïdienne. Dans toutes ces régions, ils ne

(1) Gervais, loc. cit.

peuvent provenir que de l'enclavement d'un lambeau d'ectoderme lors de l'occlusion des fentes branchiales pendant la vie intra-utérine. Nous allons donc exposer brièvement l'embryologie de la région.

Lorsqu'on examine un embryon humain de la troisième à la quatrième semaine, on aperçoit, sur les côtés de la région cervicale, une série de sillons transversaux irrégulièrement développés, non parallèles, mais tendant à converger vers la face ventrale de l'embryon. Ces sillons limitent des renflements ou bourrelets qui semblent s'avancer de la face dorsale, simulant comme des arcs ou des côtes destinées à circonscrire la cavité viscérale. Ces bourrelets, ce sont les *arcs branchiaux* ; les sillons portent le nom de *fentes branchiales*, et le terme *appareil branchial* s'applique à l'ensemble des arcs et des fentes (1).

Les arcs branchiaux progressent continuellement d'arrière en avant vers la ligne médiane antérieure. Ces arcs, nés dans le feuillet moyen, sont recouverts d'un revêtement épithélial pavimenteux vers la face externe et cylindrique ou prismatique cilié sur la face interne, de sorte que s'il survient un trouble de développement, les productions varient suivant l'épithélium (2).

(1) Quénu. — *Des arcs branchiaux chez l'homme*, 1866.

(2) Köllicker. — *Entwicklung des Menschen*, Leipsick, 1876.

Au nombre de quatre de chaque côté, ces arcs s'accroissent rapidement, et comme ils sont situés sur une ligne oblique, le premier, qui est en haut, aura moins de chemin à parcourir que le quatrième et sa soudure avec celui du côté opposé est rapide. Ainsi soudé, il forme une bande transversale qui sépare la partie qui sera la face de celle qui sera le cou. Tous les arcs ont fait leur apparition vers la fin de la première quinzaine du deuxième mois de la vie intra-utérine.

Le premier arc branchial joue, comme nous l'avons déjà dit, un rôle considérable dans le développement de la face. Nous ne suivrons pas tout le développement de cet arc branchial, ni sa subdivision en bourgeons secondaires (bourgeons maxillaires supérieur et inférieur). Nous dirons simplement que tous les bourgeons secondaires du premier arc interceptent des fentes appelées (1) 1° fronto-maxillaire ; 2° intermaxillaire ; 3° nasomaxillaire ; 4° celle que nous pourrions appeler interincisivo-maxillaire ; 5° la cruciale medio palatine à laquelle on peut joindre ; 6° la fissure medio-maxillaire inférieure résultant de la fusion médiane des deux bourgeons maxillaires inférieurs. Lorsque cette dernière subit un arrêt de développement, ce qui est assez rare, elle ne s'oblitére pas, et on se trouve en présence de la division con-

(1) Cusset. Loc. cit.

génitale de la lèvre inférieure, ou bec de lièvre médian inférieur.

Au sujet de ces fentes, nous ferons remarquer que de toutes les fentes faciales, la fronto-maxillaire, suivant la direction d'une ligne qui irait du pavillon de l'oreille à l'angle externe de l'œil, est celle qui produit le plus souvent des kystes dermoïdes. Le siège de prédilection de ces tumeurs, comme l'a démontré M. Verneuil, est l'extrémité juxta-orbitaire de la fente. (Kystes de la queue du sourcil). Ils se forment incontestablement par l'inclusion de la peau au niveau d'une fente lorsque celle-ci vient à se fermer. Il s'en forme aussi à la partie postérieure de cette fente ou à son voisinage ; nous en citons une observation ; leur mode de formation est analogue à celui des précédents.

Si nous considérons à présent les fentes interceptées par ce que nous pourrions appeler les arcs branchiaux primordiaux, nous voyons que les deuxième, troisième et quatrième fentes s'oblitérent complètement et que leurs derniers vestiges ont disparu avant la fin du deuxième mois de la vie intra-utérine. Si dans cette oblitération, un lambeau de l'ectoderme est enclavé, on comprend facilement qu'il pourra, à une époque plus ou moins éloignée, donner naissance à un kyste dermoïde. Si l'inclusion a lieu à la partie postérieure de la fente, c'est-à-dire en arrière du lobule de l'oreille, nous aurons affaire à un kyste de la région postérieure du cou ou encore de la région prémas-

toïdienne et le kyste sera plus ou moins profond suivant que l'inclusion se fera à la partie superficielle ou profonde de la fente. Quant à la première fente, elle est encore ouverte à quatre semaines et ne se ferme qu'incomplètement. Elle ne s'oblitére à sa partie postérieure que vers la cinquième semaine chez l'homme pour concourir à la formation du conduit auditif externe. L'occlusion débute par les lèvres profondes de la fente comprise entre les deux premiers arcs, de sorte qu'il en résulte une gouttière ouverte à l'extérieur. Peu après, les lèvres superficielles se rapprochent et se soudent à leur tour, d'où formation d'un canal qui s'ouvre, par une de ses extrémités, sur les parties latérales du crâne, et par l'autre sur la cavité pharyngienne. Ce canal ne tardant pas à s'oblitérer à sa partie moyenne, on voit naître à sa face interne une cloison annulaire qui s'accroît peu à peu et finit par devenir un véritable diaphragme qui constitue la membrane du tympan. Le canal primitif se trouve alors scindé en deux parties ; celle qui est située en dedans du diaphragme est la plus longue (1) et servira à la formation de la caisse du tympan et de la trompe d'Eustache ; l'autre, très courte, correspond à l'oreille externe. La caisse du tympan est une simple dilatation du canal auditif primitif qui ne se forme qu'après la trompe d'Eustache. La

(1) Beaunis et Bouchard. Anatomie descriptive.

trompe d'Eustache, en effet, est très courte pendant la vie fœtale et plus large que chez l'adulte ; son orifice tympanique est plus large que son orifice pharyngien. C'est seulement après le rétrécissement de la trompe que se forme la caisse du tympan ; une autre cause qui contribue à en déterminer le contour, c'est le développement de la portion pétreuse du temporal. Enfin le conduit auditif externe et le pavillon de l'oreille sont formés par la partie du canal qui est située en dehors de la membrane tympanique.

Si pendant cette évolution, lorsque la fente comprise entre le premier et le deuxième arc branchial est en train de s'oblitérer, si une parcelle du tégument externe qui recouvre les arcs branchiaux ne se résorbe pas à temps, elle pourra être enclavée entre les deux arcs et suivre la destinée que nous avons indiquée plus haut, c'est-à-dire se pédiculiser d'abord, puis, lorsque l'accroissement des tissus superficiels se fera trop rapidement, le pédicule se rompra et il y aura formation définitive d'un kyste dermoïde superficiel ou profond qui manifestera sa présence à un âge indéterminé de la vie de l'individu.

Pour les autres régions, très éloignées du conduit auditif, ou, pour mieux dire du point de réunion des arcs branchiaux, nous ne pouvons nécessairement faire intervenir ces derniers, ni un vice de développement, lors de leur oblitération. A la Société des Sciences médicales de Lyon,

M. Debove prétendait que les kystes dermoïdes ne sont congénitaux que dans certaines régions ; il doutait que ceux de la région mastoïdienne proprement dite fussent congénitaux, ainsi que ceux des joues. Pour lui ils seraient souvent purement accidentels (1). Tel n'est pas notre avis, car à ce compte, on ne pourrait pas expliquer la production des kystes dermoïdes des régions autres que celles où il y a traces d'appareil branchial. Tel n'est pas l'avis du reste de M. Lannelongue, qui, à l'Académie des sciences (2) confirmait la loi suivante déjà posée par M. Verneuil : « Tout kyste dermoïde émane de l'enclavement ou de la persistance de l'ectoderme provenant d'une fissure embryonnaire ». La formation de cette fissure s'explique facilement par les plicatures du tégument externe chez l'embryon sous différentes causes. Les kystes dermoïdes peuvent encore s'expliquer par un vice d'occlusion de certaines cavités ou par la suture imparfaite de deux surfaces osseuses ; par exemple ceux de la région sternale s'expliquent facilement par un accident dans l'occlusion des lames thoraciques. M. Jeannel explique aussi par une inclusion épidermique fœtale la production d'un kyste dermoïde de la région sterno-costale au niveau du septième espace. Le kyste en ques-

(1) *In Lyon médical*, t XXXII, 1879.

(2) *Archives de médecine*, 1889, t. I.

tion n'avait manifesté sa présence chez l'individu qui en était porteur, qu'à vingt-six ans (1).

Pour tous les kystes dermoïdes dont le siège ne présente rien de fixe, dit M. Lannelongue (2), on doit invoquer des causes accidentelles et une adhérence du tégument aux parties profondes, déterminant l'enclavement d'une petite masse épithéliale au sein des tissus. Ce développement des kystes dermoïdes succédant à des causes accidentelles durant la vie foetale, doit être rapproché de celui des tumeurs perlées de l'iris et des doigts consécutivement à des traumatismes; l'analogie du mécanisme qui préside à leur formation donne la raison des liens de parenté qui unissent ces deux sortes de tumeurs..... Chaque région, pour ainsi dire, est exposée à des accidents spéciaux dans son développement. C'est ainsi qu'on arrive à comprendre ce fait en apparence contraire à la théorie de l'enclavement, à savoir que les kystes dermoïdes du sourcil sont constamment recouverts par l'orbitulaire des paupières et dépourvus d'adhérences avec la peau, tandis qu'ils adhèrent fréquemment au squelette; la cause déterminante de l'enclavement, en effet, émane de la profondeur, et elle est intervenue avant la formation des parties molles

(1) Jeannel. — *Revue médicale de Toulouse*, 1886. T. XX, p. 560.

(2) Lannelongue. — *Traité des kystes congénitaux*, p. 126.

du sourcil. On conçoit, dès lors, que le lien qui unissait la peau au petit îlot ectodermique ait été rompu, son accroissement n'étant pas proportionnel au développement des parties voisines, tandis que la partie maintenue par une adhérence reste enclavée et isolée dans la profondeur. » Nous ne prolongerons pas cette citation que nous avons tenu à présenter, car elle explique facilement et nettement le mode de formation des kystes qui n'ont pas de siège fixe. Nous résumons ces quelques considérations embryologiques en disant que pour tous les kystes de la région mastoïdienne, nous admettons l'origine congénitale dépendant d'un vice de conformation au moment de la soudure des arcs branchiaux entre eux par l'inclusion d'un petit sac de peau ou d'un simple lambeau du tégument externe.

Pour tous les autres kystes sans siège fixe nous admettons encore l'opinion de M. Lannelongue exposée dans la citation précédente.

CHAPITRE VI.

ÉTIOLOGIE.

La formation des kystes dermoïdes n'étant, comme nous l'avons vu, autre chose qu'un simple accident survenu pendant le cours de la vie intra-utérine, ne peut avoir d'étiologie, pas plus, comme le dit M. Le Lan (1), qu'une fracture résultant d'un simple accident. Nous allons cependant rapporter les différentes causes auxquelles on les a attribués : hérédité, âge, sexe.

Hérédité. — Certains auteurs, entre autres Paget, ont invoqué l'hérédité. Mais on n'a pas d'observations bien précises et, si on cite un ou deux faits de ce genre, on n'a pas le droit d'en induire à la relation de cause à effet ; il semble qu'on doive les attribuer à une simple coïncidence.

Age. — Nous en avons déjà parlé précédemment. En effet, puisque cette affection est congénitale, il est évident que l'âge ne peut avoir sur elle qu'un effet très discutable. Cependant, nous

(1) Loc. citat., p. 33.

admettons volontiers que cette affection soit surtout une maladie de l'âge adulte, bien que certains auteurs prétendent que cette période de la vie n'ait aucune influence sur les tumeurs dermoïdes et que l'erreur provienne d'une observation suivie trop peu scrupuleusement. Ils ajoutent que si l'enfant a été confié à des parents ou à une nourrice négligents, qui n'ont pas toujours recherché les détails intimes de sa constitution, le kyste, d'abord fort petit, a pu passer inaperçu, et que c'est seulement plus tard que, grandissant en même temps que le reste de l'organisme, il s'est révélé. Mais nous avons vu, au chapitre précédent, que si les rapports entre l'accroissement de l'ectoderme et celui du cordon épithélial qui relie le petit sac de peau enclavé à l'extérieur des tissus, si ces rapports viennent à être interceptés par suite de l'accroissement plus rapide du tégument externe, le sac ectodermique cesse d'être en communication avec l'extérieur, et, pendant de longues années, rien au dehors, n'indique sa présence, pour quelle raison, nous n'en savons rien. Seulement, nous pouvons dire que cette présence se manifeste souvent à l'approche de l'âge adulte et parfois plus tard. Nicaise dit que la puberté pourrait avoir quelque influence sur le développement des kystes dermoïdes et qu'elle pourrait y déterminer en quelque sorte une poussée. Nous admettrions volontiers cette explication qui semble être assez d'accord avec certaines de nos observations.

Sexe. — Les statistiques prétendent que les kystes dermoïdes se rencontrent plus fréquemment dans le sexe masculin. Nos observations ne nous permettent pas de conclure dans un sens plutôt que dans l'autre, de même que de décider si, comme on l'a dit, ils sont plus fréquents à droite qu'à gauche.

CHAPITRE VII.

SYMPTOMATOLOGIE. — MARCHE. — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — PRONOSTIC.

§ 1. — Symptomatologie.

En général, les symptômes d'une affection, quelle que soit sa nature, peuvent nous être fournis par l'inspection, la palpation et les signes subjectifs. Nous pouvons très bien appliquer ces modes d'investigation à la symptomatologie des kystes dermoïdes de la région mastoïdienne.

A l'inspection, on voit une tumeur arrondie, généralement de petit volume, mais pouvant atteindre la grosseur d'un œuf de pigeon et même une grosseur plus considérable. Comme nous l'avons déjà dit, et comme nos observations le montrent, la tumeur peut siéger en divers points de la région, dans le sillon auriculo-mastoïdien, à la partie supérieure du pavillon de l'oreille, sur l'apophyse mastoïde même, ou entre l'apophyse mastoïde et la protubérance occipitale; c'est dire que pour cette région il n'y a aucun point d'élection pour le siège de la tumeur.

Au niveau de la tumeur, la peau ne présente pas de changement de coloration. Quelquefois

cependant, soit par suite de l'accroissement très rapide du kyste, soit par suite d'un traumatisme et d'une inflammation, le tégument externe présente une légère teinte rosée ou une teinte très foncée. Les vaisseaux ont pu parfois atteindre un développement variqueux et simuler un anévrysme cirsoïde.

A la palpitation, on constate le plus souvent la fluctuation ou l'empâtement de la tumeur. On peut aussi constater parfois, à la palpation, l'existence de lobules à la surface du kyste. Nous avons déjà dit que ces lobules proviennent en général des parties du kyste qui ont des parois plus épaisses que les autres. La tumeur, irréductible, n'offre pas de pulsations. Toujours les parties superficielles glissent avec facilité sur le kyste. La tumeur est adhérente aux fibres musculaires environnantes ; et souvent aussi elle adhère au périoste. Très rarement cependant, et nous n'en pouvons citer de cas pour la région qui nous occupe, l'os est à nu. Dans les autres régions on a cité souvent l'existence d'une cupule sur l'os sous-jacent.

Les signes subjectifs n'ont pas une valeur très importante. L'accroissement de la tumeur se faisant, dans l'immense majorité des cas, d'une façon insensible, n'a pu déterminer de phénomènes de compression. C'est ainsi que Picard a pu montrer à la Société anatomique le crâne d'une femme de 71 ans qui, depuis l'âge de 3 ans, portait à la partie antérieure et supérieure de la tête un kyste

contenant des cheveux. Le kyste avait toujours fait des progrès insensibles et avait finalement atteint le volume du poing, et malgré cela les fonctions cérébrales avaient conservé leur intégrité jusqu'à la fin de la vie. Dans la région mastoïdienne, le kyste détermine très rarement de la gêne ; il pourrait en déterminer cependant dans les cas où il siègerait immédiatement à la naissance des cheveux, car alors la coiffure pourrait porter sur lui et faire hâter son extirpation.

Quant à la douleur, elle est nulle ou insignifiante pour les kystes dermoïdes de la région qui fait l'objet de notre étude.

§ 2. — Marche.

On peut dire que la marche des kystes dermoïdes est essentiellement chronique. Elle suit la même évolution que l'organisme entier. Nous avons déjà signalé un accroissement parfois plus rapide à l'époque de la puberté. D'après les remarques de beaucoup d'auteurs, en effet, cette période de la vie aurait une influence plus marquée sur le développement des tumeurs dermoïdes. Quant à dire pourquoi les unes se développent dès la naissance, pourquoi d'autres ne se développent qu'après vingt, et, comme nous en citons une observation, après trente-deux ans, on ne peut établir de loi précise à ce sujet. En tout cas, il est incontestable, que

sous l'influence de certaines causes, telles que la grossesse (nous en rapportons un exemple), un kyste qui avait pu passer inaperçu et tout à fait insignifiant, sinon aux yeux des parents, du moins pour l'individu qui en était porteur, il est, disons-nous, incontestable qu'un tel kyste a pu se développer subitement et augmenter progressivement sous l'influence de la même cause renouvelée, puis, malgré cette cause, cesser d'augmenter de volume. Il faut aussi dire que sous l'action d'une cause locale irritante ou d'un traumatisme, un travail d'inflammation peut se produire, et le kyste, prenant un nouvel élan dans sa marche, peut augmenter tout à coup de volume, doubler et tripler même, puis la flegmasie venant à cesser, rester stationnaire pendant une période indéterminée (1). D'autre fois, si la lésion est plus profonde, le contenu peut s'abcéder ; le kyste s'ouvre et donne issue aux matières contenues dans son intérieur, nageant dans un liquide purulent. C'est alors que naissent des fistules intarissables ; le kyste à certains moments se vide de son contenu, puis s'emplit de nouveau pour se vider encore, comme dans le cas de kyste athéromateux que nous rapportons, jusqu'au moment où une opération radicale vient en débarrasser le malade (2).

(1) Follin et Duplay. — *Loc. cit.*

(2) Le Lan. — *Loc. cit.*

§ III. — Diagnostic différentiel.

Nous avons vu précédemment, au chapitre de l'anatomie normale, que la région mastoïdienne n'a pas une structure bien compliquée ; cependant on peut y rencontrer un certain nombre d'affections. Nous pouvons y trouver d'abord des kystes dermoïdes, des kystes sébacés, des abcès froids, des abcès mastoïdiens, des abcès ordinaires, des pneumatocèles et enfin des encéphalocèles ; les lipomes et les tumeurs érectiles y sont très rares.

Kystes. — Les kystes dermoïdes ne seront pas confondus avec les abcès froids ; le meilleur mode de diagnostic sera souvent l'époque éloignée à laquelle remontera le début de la tumeur. Au début, la peau qui recouvre l'abcès froid ne change pas de couleur ni de caractères ; mais, plus tard, elle devient tendue, luisante, violacée, ce qui n'a pas lieu pour les kystes dermoïdes. De plus, le kyste dermoïde, comme nous l'avons vu à la symptomatologie, est dur, élastique, offre des bosselures à sa surface, tandis que l'abcès froid est mou. La variété de kystes dermoïdes que l'on pourrait le plus facilement confondre avec les abcès froids, sont les kystes que l'on appelait autrefois athéromateux. En effet, les deux genres de tumeurs se présentent sous forme d'une poche fluctuante, arrondie, indolente au toucher, et quand on ponctionne le kyste athéromateux, il s'en écoule un

liquide jaunâtre assez analogue au pus, du moins à l'œil nu. Mais, au microscope, on reconnaît que, outre une certaine portion de globules de pus, le kyste athéromateux renferme beaucoup de cellules épithéliales, des cristaux de cholestérine et souvent des gouttelettes de graisse. De plus, comme les autres kystes dermoïdes, le kyste athéromateux se développe en général plus lentement que l'abcès froid et il atteint un plus grand volume sans que la peau rougisse ou menace de s'ouvrir. Il se rencontre souvent chez les jeunes gens d'une parfaite santé du reste.

Le kyste dit huileux, suivant une ancienne dénomination, se reconnaîtra facilement. On sentira une tumeur où la fluctuation sera aussi manifeste que possible, sans aucune douleur à la pression, sans empâtement, sans aucun changement anatomique des tissus recouvrant la poche et les parties voisines. Enfin, à la lumière solaire, la tumeur présentera une transparence parfaite due au contenu liquide.

On reconnaîtra assez facilement les kystes sébacés. Ils sont plus superficiellement placés que les kystes dermoïdes et non adhérents au tissu profond. Tantôt la peau qui les recouvre a conservé sa souplesse et sa coloration normale, tantôt elle est amincie et offre une teinte rougeâtre ou violacée. Ici, la peau est fixée sur un point de la tumeur et l'on peut souvent apercevoir, sur le point le plus adhérent, l'orifice d'un follicule, souvent

accusé par un point noir, et même, par la pression, faire sourdre un peu de matière sébacée. Là, au contraire, la peau paraît libre d'adhérences ; le goulot de la glande s'est oblitéré et son adhérence à la peau a fini par se rompre. Il faut encore savoir que, dans certains cas, la tumeur appliquée sur les os peut se creuser une petite loge dans leur tissu ; on cite même des cas où les os du crâne ont fini par être perforés. Mais à part ces cas tout-à-fait exceptionnels, et à part l'altération que peut subir la peau par sa distension et des frottements répétés, les parties voisines du kyste sébacé sont saines. Il faut savoir aussi que les kystes sébacés sont généralement en grand nombre sur le même individu ; ils se rencontrent sur toutes les parties du corps où sont des follicules sébacés.

Abcès mastoïdiens. — Quant aux abcès mastoïdiens, il n'est pas possible de les confondre avec les kystes dermoïdes. Ces abcès résultent d'une otite purulente. Le malade accusera donc dès le début des bourdonnements d'oreille, de la surdité, et on remarquera un écoulement purulent par le conduit auditif externe. Plus tard, il y aura, au niveau de la région mastoïdienne une légère saillie, de la chaleur, une douleur spontanée augmentant par la pression. Ensuite la peau rougit et la fluctuation devient évidente. A ce moment la peau prend une teinte plus livide, souvent se perfore et livre passage au pus. On voit donc que rien dans

ces symptômes ne permet de supposer la présence d'un kyste dermoïde.

Abcès ordinaires. — Les abcès ordinaires, outre leur fluctuation plus manifeste et plus large, l'empatement qui les entoure, présentent des phénomènes de coloration, de tuméfaction, de douleur, et peuvent donner lieu à une réaction générale.

Pneumatocèles. — On a constaté des cas de pneumatocèle apparaissant à la région mastoïdienne. C'est une maladie rare. En 1865, M. Denonvilliers en avait déjà observé un exemple; l'année suivante, un de ses élèves fit des recherches à ce sujet et put en réunir huit cas. M. Fleury en cite un cas chez un homme de trente ans (1). Pour bien en rapporter les symptômes, nous croyons utile de résumer brièvement l'observation de M. Fleury.

Cet homme avait senti, quinze mois auparavant, derrière le côté gauche de la tête, au niveau de l'apophyse mastoïde, une petite tumeur du volume d'une noisette. Dure, indolente, sans changement de couleur de la peau, son développement fut d'abord peu rapide; mais, au bout de quatre mois, elle prit un accroissement très rapide et gagnait la région occipitale et pariétale gauche. Le malade ne sentit longtemps aucune gêne ni aucune dou-

(1) Fleury. — *In Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 1867. t. VIII.

leur; il ne ressentait que quelques sifflements dans les oreilles, sifflements qui augmentaient d'intensité lorsque la tumeur était comprimée. Quatre mois après, le malade ressentait des élancements. La tumeur avait cinquante-six centimètres de circonférence, était irrégulièrement arrondie et présentait quelques bosselures volumineuses. En pressant dans les différents diamètres, on avait la sensation d'un corps mou et résistant. Le malade mourait, et à l'autopsie, on vit le crâne dépourvu de son périoste sur toute l'étendue occupée par la tumeur.

Encéphalocèles. — Enfin, on a cité à la région mastoïdienne la présence d'encéphalocèles. Nous citerons encore pour en exposer les symptômes, une observation (1). Bennett rapporte qu'en 1815, lorsqu'il était encore étudiant, il vit se développer chez une enfant, quatre semaines après sa naissance, une tumeur un peu à gauche de l'apophyse mastoïde. Elle paraissait bien adhérente à l'os et resta à peu près dans le même état pendant deux ans. Elle ne présentait aucune douleur. Bennett voulut alors l'enlever, mais, à peine avait-il incisé les téguments, qu'une matière médullaire blanche se présenta à la vue, en même temps que l'enfant cessait de crier; ses yeux se tournaient en haut et elle semblait plongée dans le plus profond

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1834, 2^e série, p. 667.

sommeil. L'opération fut suspendue. Depuis la tumeur augmenta et, à la mort de l'enfant qui eut lieu plusieurs années après, elle avait le volume d'une grosse orange. A l'autopsie on vit que la tumeur était formée par une portion du cervelet.

Lipomes. — Les lipomes sont plus superficiels que les kystes dermoïdes ; si on les isole des parties profondes, en les tenant entre les doigts, on sentira à leur surface une série de petites bossules, ou une masse granuleuse pouvant donner une sensation de crépitation. Jusqu'à présent, on n'a jamais observé de lipome congénital.

Tumeurs érectiles. — La peau offre au niveau des tumeurs érectiles une coloration rosée ; elles présentent des battements isochrones à ceux des artères ; elles augmentent de volume sous l'influence d'un effort. Elles sont réductibles.

§ IV. — Pronostic

Les kystes dermoïdes de la région mastoïdienne sont des tumeurs essentiellement bénignes, comme tous les kystes de cette nature, du reste. Ils sont le résultat d'un travail pathologique peu intense, et c'est pourquoi leur pronostic est bénin dans la majorité des cas. La santé générale n'est nullement influencée ; c'est une affection purement locale. La plupart du temps l'esthétique seule pousse les individus qui en sont porteurs à se faire opérer.

Le pronostic toutefois est plus sérieux chez les enfants que chez les adultes, à cause du développement plus rapide de ces tumeurs chez les enfants sous l'influence d'une cause occasionnelle et des difficultés des interventions chirurgicales à cet âge de la vie.

Néanmoins, quoique le pronostic soit bénin, il faut bien se garder de confondre l'idée de bénignité avec celle d'innocuité. Comme tous les kystes en général, les kystes dermoïdes de la région mastoïdienne peuvent se rompre ou s'enflammer ou subir une dégénérescence.

Rupture. -- Puisque ces kystes sont des tumeurs à développement et à accroissement constant, on conçoit facilement que si on ne les opère pas, si on n'en fait pas l'extirpation, il arrivera forcément un moment où la peau tendue par l'augmentation de volume du kyste s'amincira et, soumise à des frottements répétés, finira par s'ulcérer. Le kyste communiquera alors avec l'extérieur et il y aura formation d'une fistule. Il faut aussi tenir compte des traumatismes, de quelque nature qu'ils soient, qui peuvent faire éclater le kyste sous la peau. Nous admettons que cela soit rare pour les kystes dermoïdes de la région mastoïdienne, mais c'est une éventualité qu'il faut prévoir.

Inflammation. — L'inflammation peut très bien se produire. Elle amène le ramollissement de la paroi kystique, sa distension et sa rupture. De

plus, que la tumeur participe ou non à la phlegmasie, elle irrite les tissus environnants.

Dégénérescence. — Enfin le kyste dermoïde peut se transformer en kyste d'autre nature. Il peut aussi subir la dégénérescence cancroïde. M. Heurtaux signale un cas de dégénérescence de cette nature qu'il a vu survenir à propos d'un kyste sébacé du cuir chevelu.

Pour nous résumer, nous dirons donc que le pronostic des kystes dermoïdes de la région mastoïdienne est très bénin. Il ne devient sérieux qu'au moment où la tumeur, sous l'action d'une cause quelconque, devient douloureuse, devient le siège d'une fistule ou subit une dégénérescence de nature maligne.

(1) Heurtaux. *Nouveau dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*. Article Kyste.

CHAPITRE VIII.

TRAITEMENT

Il existe trois modes de traitement curatif des kystes dermoïdes en général, qui sont les suivants :

- 1° Faire résorber le contenu du kyste :
- 2° Provoquer l'oblitération du kyste ;
- 3° Le détruire ou l'extirper.

Pour provoquer la résorption et l'oblitération du kyste une foule de moyens ont été employés : on pourrait même dire que leur nombre suffit à démontrer leur inefficacité. Nous ne ferons que les citer rapidement.

1° *Résorption.* — Certains praticiens avaient rattaché l'évolution du kyste dermoïde à une tuberculose locale ou à des prédispositions diathésiques. Suivant alors les règles du traitement normal indiqué en pareille circonstance, ils avaient songé à combattre cette affection par une médication générale. C'est ainsi que l'iodure de potassium et les médicaments considérés comme spécifiques des différentes diathèses avaient été successivement employés. En 1882, une thèse a du reste été soutenue à Paris sur le traitement des kystes par les injec-

tions de chlorure de calcium (1). Nous ne prétendons que l'emploi de ces différentes substances n'ait pas été couronné de succès dans certains cas, mais ce que nous avons dit de la pathogénie des kystes dermoïdes suffit à faire comprendre que de tels moyens aient été insuffisants.

Les topiques astringents de toute espèce ont été employés : pommade à l'iodure de plomb, eau blanche, tannin, etc... Nous n'insisterons pas sur des moyens aussi peu énergiques.

Les révulsifs, tels que badigeonnages iodés, vésicatoires, ne sauraient avoir plus d'effet sur une affection de ce genre.

2^o *Oblitération*. — Les moyens que nous comprenons dans cette deuxième catégorie, ont pu amener parfois réellement la guérison des tumeurs dermoïdes, mais nous leur reprochons d'agir beaucoup trop lentement. Ce sont :

a) *Le séton*. — Laissé à demeure pendant un temps qui varie de quelques jours à quelques semaines, il produit deux ouvertures qui laissent écouler la matière liquide ou semi-liquide contenue dans le kyste. De plus, la présence dans la tumeur d'un corps étranger, provoque une inflammation et une suppuration qui amènent, si le traitement est suivi longtemps, l'oblitération de la poche. Le séton filiforme est vanté par Broca (2)

(1) Rougier. *Thèse de Paris* 1881.

(2) Broca. — *Traité des Tumeurs*, t. II, p. 154.

comme ayant donné de bons résultats. Les kystes qui se prêtent le mieux à son application, dit-il, sont les kystes dermoïdes ou sébacés du cuir chevelu d'un médiocre volume. On les transperce purement et simplement avec une aiguille à coudre enfilée d'une soie fine et forte ; on fait glisser le fil tous les deux ou trois jours ; on le laisse en place jusqu'à ce que la tumeur soit bien affaissée, ce qui a lieu ordinairement au bout d'une dizaine de jours, puis on l'enlève et, une ou deux semaines plus tard, la guérison est complète. Broca, toutefois, n'employa jamais ce mode de traitement à l'hôpital par crainte de l'érysipèle, qu'il avait constaté dans la pratique une fois. Nous ne conseillons donc pas le séton, à cause des longues suppurations qu'il établit et des complications auxquelles il peut donner naissance.

b) Le cautère. — C'est à Larrey que revient l'idée de traiter, par le cautère, les kystes dermoïdes. Ce procédé est, en quelque sorte, une cautérisation véritable. Au moyen d'un cautère filiforme, il traversait de part en part la tumeur, et obtenait ainsi la destruction d'une partie des tissus. Ce procédé qui, paraît-il, a quelquefois réussi, a, nous semble-t-il, le désavantage d'être, pour le malade, aussi effrayant que douloureux.

c) La cautérisation. — Les moyens les plus divers de cautérisation ont été employés, depuis la pâte de cauquoin jusqu'à la galvanocaustique. On a employé la cautérisation en nappe, dans le but

de détruire à la fois tout le kyste et les tissus qui le recouvrent, mais ce procédé est très défectueux. « La cautérisation linéaire, c'est-à-dire l'incision par les caustiques ou par un couteau chauffé à blanc, pourrait, dit Broca, guérir tous les kystes, mais elle n'est utilisée que pour les kystes sébacés. » Avec les cautérisations chimiques, on pouvait attaquer le kyste à trois degrés différents ; au premier, on avait la cautérisation superficielle de la peau ; au deuxième, la cautérisation profonde ; au troisième, la destruction de la tumeur. C'est un avantage réel, mais il n'est pas facile de toujours diriger la cautérisation et de l'arrêter au point voulu, surtout avec une substance chimique ; la cautérisation peut très bien détruire les tissus environnants. Elle est surtout dangereuse dans les cas où l'os sous-jacent à la tumeur viendrait à être perforé. M. Voillemier la rejette comme étant absolument hasardeuse dans le traitement des tumeurs dermoïdes.

d) *L'excision partielle.* — Elle consiste à enlever la paroi superficielle du kyste, et a pour but de créer une perte de substance assez large pour empêcher la réunion immédiate. L'ouverture est maintenue béante pendant quelque temps, et il peut se faire que cela suffise pour permettre à la cavité du kyste de se rétracter, mais il peut se faire aussi que les bords de la plaie se réunissent et se cicatrisent avant la disparition totale du contenu et que la tumeur récidive de plus belle. « La

récidive est commune, dit Broca, lorsque la tumeur traitée par l'excision partielle est un kyste dermoïde. Du reste, la plupart des kystes qui sont susceptibles d'être guéris par l'excision partielle, se prêtent à l'application de moyens plus simples, plus inoffensifs et plus efficaces ». Nous laissons donc de côté encore, ce mode de traitement.

e) Incision. — C'est une mesure absolument inefficace. Elle ne pourrait avoir quelque chance de succès que si on introduisait consécutivement dans la plaie une substance caustique, chlorure de zinc ou nitrate d'argent, dont nous avons vu précédemment les inconvénients.

f) Ecrasement. — L'écrasement linéaire a donné entre les mains de M. Rémy, quelques bons résultats, qui ont d'ailleurs été puissamment aidés par l'application d'un bandage compressif qui maintenait en contact aussi parfait que possible les surfaces enflammées.

g) Injections irritantes. — La condition première pour voir réussir ces injections est que le kyste présente des parois assez minces et assez souples pour pouvoir adhérer intimement entre elles. Or, nous avons vu, dans le cours de notre étude, que les kystes dermoïdes qui font l'objet de nos observations présentaient des portions d'épaisseur et de consistance inégales, et nous pouvons de suite en conclure que, si les injections irritantes peuvent réussir dans quelques cas, elles échoueront très fréquemment ; c'est une opération livrée

un peu au hasard. On a employé pour faire ces injections différentes substances. M. Faure (de Roanne) injectait, au moyen d'une seringue capillaire, du croton tiglium ; il se produisait une vive inflammation suivie d'une suppuration abondante et de l'exfoliation du kyste. MM. Boeckel et Grül ont injecté du chlorure de zinc et du tartre stibié au 1/30.

On a employé les injections de teinture d'iode. M. Fano, en 1861, obtint la guérison d'un kyste séreux, chez une personne âgée de vingt-six ans. La tumeur était située entre le pavillon de l'oreille en avant et l'apophyse mastoïde en haut ; en arrière, elle s'avancait jusqu'à trois centimètres de la ligne des apophyses épineuses. Il pratiqua une ponction de la poche puis fit l'injection de teinture d'iode qu'il laissa au contact de la paroi pendant deux minutes. Le kyste disparut au bout de six semaines seulement. La douleur, du reste, avait été tellement vive après l'injection que la malade avait eu une syncope grave (1).

Il traita de la même manière encore un kyste congénital de la région occipito-mastoïdienne gauche chez un enfant de onze mois, en 1872. La tumeur était du volume d'un petit œuf de poule. Il fit encore une ponction suivie de l'injection de teinture d'iode mêlée à égale quantité d'eau, et, trois

(1) *In Union médicale*, 1861, t. II, p. 122

mois après, on ne constatait plus, à la place occupée auparavant par le kyste, qu'un léger empâtement du tissu cellulaire sous-cutané (1).

Comme on le voit par ces deux exemples, l'injection de teinture d'iode est une méthode très douloureuse et dont l'effet curatif est très long à se produire.

M. H. Barth, médecin à l'hôpital Broussais, a préconisé, en 1889, une nouvelle méthode de traitement. Il aurait réussi à faire disparaître des loupes sébacées en quinze jours, en faisant des injections avec de la liqueur de Fowler au moyen d'une seringue de Pravaz. Il injecte quelques gouttes; à la suite de l'injection il se produit une légère inflammation suivie d'augmentation de la tumeur puis d'atrophie graduelle. Il préconise l'injection arsénicale dans les diverses espèces de kystes cutanés ou sous-cutanés et dans les autres tumeurs telles que fibromes, myomes de la peau et même des lipomes de petit volume. « Les affections auxquelles s'applique l'injection arsénicale, ajoute-t-il (2), sont, à la vérité, très bénignes et d'ailleurs préjudiciables d'autres méthodes de traitement, mais tous les chirurgiens savent combien de malades hésitent à subir une opération pour les petites difformités de ce genre, si grand que soit

(1) Guérin. — *Thèse de Paris*. 1876.

(2) *In Union médicale*, 1889, 15 janvier.

leur désir d'en être débarrassés. Notre procédé a précisément l'avantage de n'être pas une opération véritable et le manuel opératoire en est fort simple, le traumatisme à peine plus sérieux que celui d'une simple injection de morphine. Quant à la douleur, elle est ordinairement peu prolongée et on pourrait la diminuer encore dans de notables proportions en ajoutant à la solution de Fowler 1 à 2 0/0 de chlorhydrate de cocaïne. » On pourrait à la rigueur essayer ce mode de traitement chez les malades pusillanimes et qui redoutent une opération, mais nous lui préférons l'extirpation.

En somme, les moyens d'action que nous avons rangés dans cette deuxième catégorie ont le tort, tout en n'amenant pas très souvent une guérison radicale et certaine, d'être à peu près aussi douloureux pour le malade que l'ablation de la tumeur.

3^e *Suppression de la tumeur.* — L'extirpation avec l'instrument tranchant est la méthode la plus généralement employée dans le traitement des kystes dermoïdes. Elle était déjà préconisée par Celse (1) qui conseille, pour le traitement des kystes, l'enlèvement complet de toute la poche. Il préfère le bistouri aux fondants.

En règle générale, on ne doit pas temporiser pour opérer une tumeur, car on risque l'inflam-

(1) Celse. — Loc. cit.

mation. Ce qui a fait rejeter longtemps et par beaucoup de chirurgiens l'extirpation des tumeurs dermoïdes et autres, c'est qu'on la considérait comme dangereuse ; mais actuellement, avec les ressources de la méthode antiseptique, on prévient un grand nombre de complications qui pouvaient se rencontrer autrefois. En outre, l'opération varie en gravité et en difficulté avec la région. A la région mastoïdienne, elle est d'une grande simplicité.

Si donc l'opération est décidée, on chloroforme le malade et on lave bien la superficie de la tumeur et les parties voisines. On incise la peau largement sur la tumeur que l'on dissèque complètement en ayant soin de ne pas la crever, car l'extraction deviendrait plus difficile. Auparavant, si le diagnostic n'est pas encore suffisamment éclairé, on aura pu faire une ponction exploratrice de la poche. Si la poche avait été crevée, on pourrait, pour avoir plus de facilité à l'extraire complètement, y injecter une substance solidifiable, telle que du blanc de baleine. La dissection sera faite très lentement ; elle est quelquefois très laborieuse, car la tumeur est quelquefois fortement adhérente aux muscles voisins. Ces adhérences se rencontrent plus fréquemment quand, avant de faire l'extirpation de la tumeur, on a voulu essayer la méthode des injections irritantes et, pour la région du cou surtout, les adhérences du kyste à l'artère carotide, aux veines jugulaires deviennent une

difficulté opératoire très sérieuse. A la région mastoïdienne, nous n'avons rien de semblable à redouter. Les vaisseaux et les nerfs que nous rencontrons sont de petit volume. L'artère occipitale étant renfermée dans la couche cellulaire, est parfois un peu difficile à lier; l'artère auriculaire postérieure, placée dans le sillon auriculo-mastoïdien, entre le muscle auriculaire et le tissu fibreux profond, se liera facilement. De même pour les veines.

On doit extirper la poche entière et procéder à sa dissection minutieuse, car la moindre parcelle de derme restant dans la plaie serait le point de départ d'une récurrence ou produirait plus tard des fistules intarissables. C'est, comme le dit Lalitte (1), une récurrence par continuation, opposée à la récurrence par repullulation des tumeurs malignes.

Si la paroi du kyste, ainsi qu'il arrive souvent, adhère très intimement au périoste, comme il est impossible de séparer les deux membranes l'une de l'autre, il faut inciser résolument le périoste sur les limites de son adhérence au kyste et, se servant d'une spatule en guise de rugine ou du manche du bistouri, enlever le périoste en le séparant de l'os dans toute l'étendue nécessaire.

La plaie est bien nettoyée et on en réunit les

(1) Lalitte. — Thèse de Nancy, 1885.

bords avec une suture métallique ou du crin de Florence. On peut mettre à la partie la plus déclive de la plaie un tube à drainage. Le tout est recouvert d'un pansement antiseptique. La réunion par première intention est la règle, et le malade est guéri au bout de quelques jours. Nous recommandons, en conséquence, l'extirpation au bistouri comme étant la seule méthode de guérison radicale des kystes dermoïdes de la région mastoïdienne, et la plus rapide dans son mode d'action.

CHAPITRE IX.

OBSERVATIONS.

Observation I (inédite) [1]. — **Kyste dermoïde de la région mastoïdienne droite.**

B... Louis, 20 ans, garçon coiffeur, entré le 26 novembre, salle n° 3, lit 1.

Antécédents héréditaires nuls.

Antécédents personnels: le malade a eu, à l'âge de huit ans, une tuberculose des vertèbres lombaires; il lui en est resté une gibbosité qui n'apparaît pas sous ses habits.

Depuis environ dix ans, il a remarqué derrière son oreille droite, une petite tuméfaction du volume d'un pois. Cette tumeur est allée insensiblement en grossissant jusqu'à égaler le volume d'un œuf de pigeon, puis elle est restée stationnaire pendant de nombreuses années. Elle semble cependant s'accroître depuis quelques semaines, et c'est ce qui a décidé le patient à se présenter à l'hôpital et à la faire enlever. La tumeur ne lui a jamais occasionné aucune douleur.

Etat actuel.— La tumeur, du volume d'un œuf de pigeon, occupe la base de l'apophyse mastoïde et est distante de un centimètre du pavillon de l'oreille. La fluctuation y est très nette. La peau est très mobile par dessus, bien plus mobile qu'elle ne l'est d'ordinaire sur un kyste sébacé. Par contre, la tumeur est absolument adhérente

(1) Due à l'obligeance de M. Frœlich, aide de clinique.

dans la profondeur. Étant donné les antécédents tuberculeux du sujet, on songe à un abcès froid, mais l'époque éloignée à laquelle remonte l'affection empêche seule l'affirmation catégorique de ce diagnostic.

27 novembre. — Le malade est chloroformé. M. le professeur Heydenreich fait une incision oblique sur la tumeur, puis il y fait une légère ponction dans le but d'éclairer le diagnostic. Il s'en écoule une matière blanchâtre, très molle, qui est immédiatement qualifiée de matière des kystes dermoïdes. La dissection de la poche est très laborieuse, car elle est fortement adhérente dans la profondeur, en bas au muscle sterno-mastoïdien, en haut, au périoste de l'apophyse mastoïde. Néanmoins, nulle part cette dernière n'est à nu.

Après l'opération, la plaie lavée est suturée au crin de Florence. On y laisse toutefois un petit bout de drain.

A l'ouverture de la poche, on remarque que l'intérieur de celle-ci est tapissé d'épiderme et de poils à sa partie la plus externe. La face profonde est formée par une coque fibreuse, très résistante. Le diagnostic de kyste dermoïde est donc confirmé.

30 novembre. — La plaie est cicatrisée. Le drain est enlevé.

3 décembre. — Les crins de Florence sont enlevés.

8 décembre. — Le malade, parfaitement guéri, quitte l'hôpital.

Observation II (1). — Kyste dermoïde de la région mastoïdienne.

D.... Jules, âgé de 51 ans, entre dans le service de M. le professeur Poncet, à l'Hôtel-Dieu, à Lyon, en février 1889.

(1) *In Gazette hebdomadaire*. Tome XXVI, p. 644, 1889.

Comme antécédents, il a eu une fracture probable du crâne, il y a quelques années.

Pas d'autres antécédents pathologiques.

Il y a quinze ans, c'est-à-dire à l'âge de trente-six ans, il vit, après une chute sur la tête, une tumeur se développer vers la région mastoïdienne droite, puis bientôt une deuxième tumeur apparut au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure. Les deux tumeurs sont du volume d'un marron. Elles sont fluctuantes, et la peau, à leur niveau, n'est pas recouverte de poils. Teinte un peu rougeâtre de la peau, sans phénomènes inflammatoires appréciables.

M. Poncet pratique l'extirpation de ces deux kystes, et, par l'examen histologique, on reconnaît que la poche a tous les caractères d'un kyste dermoïde.

Ces deux kystes sont en somme réunis vers la même fente branchiale.

A la séance de février 1889, de la Société des Sciences médicales de Lyon, M. Orcel présenta ce malade, après l'opération, et attira l'attention sur l'apparition tardive de ces tumeurs congénitales restées, dit-il, à l'état de germes embryonnaires, à l'état latent, pendant une période de trente-six ans.

Observation III. (1) — Kyste dermoïde de la région mastoïdienne.

(Recueillie par M. Isch-Wall, interne des Hôpitaux).

Le nommé B.,..., Eugène, âgé de vingt-six ans, entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Reclus, pour des accidents tuberculeux osseux. Ses antécédents n'offrent rien de particulier à noter.

(1) *In Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 5^e série, tome 1^{er}, p. 432, 1887.

Il présente, à la région mastoïdienne droite, une tumeur qui apparut lorsqu'il avait douze ans. D'abord grosse comme un petit pois, en deux ans elle acquit le volume d'une noix, et, depuis ce temps, elle resta stationnaire. Jamais elle ne présenta de douleur, jamais elle ne s'enflamma.

Actuellement, on trouve derrière l'oreille, une tumeur grosse comme une forte noix, légèrement segmentée par une dépression transversale, recouverte par une peau absolument saine, non adhérente, mais un peu tendue et amincie. La palpation révèle une fluctuation évidente. On constate une adhérence complète au plan osseux sous-jacent, ainsi qu'au cartilage de la conque, sur une étendue de un millimètre au maximum. Autour de la base de ce kyste, l'os semble former un bourrelet saillant. Pas de transparence.

Les limites de la tumeur se trouvent : la supérieure, sur une ligne horizontale effleurant le sommet du pavillon de l'oreille ; l'inférieure, sur une autre ligne horizontale passant par la partie inférieure du conduit auditif externe ; l'antérieure empiète de près d'un millimètre sur la partie postérieure du pavillon de l'oreille ; la postérieure est à trois centimètres environ en arrière de la précédente.

L'ablation est pratiquée par M. Reclus.

Examen histologique. — La tumeur présente à sa surface une légère apparence bilobée due à une bride interne qui la cloisonne complètement. Le palper révèle que la tumeur est formée par une coque mince présentant des parties plus épaisses. En la coupant suivant son grand axe, on la voit remplie par une matière grasse, transparente, demi-liquide, semée de grumeaux blancs, qui se détache facilement et n'est pas adhérente à la paroi.

Sur une coupe au niveau d'un point épaissi de la coque on trouve, en allant de dedans en dehors :

L'épithélium, dont la ligne d'insertion au derme est légèrement ondulée, soulevée par des saillies épidermiques qui sont des rudiments de papilles. Cet épithélium est pavimenteux stratifié, peu épais, et paraît dépourvu de stratum granulosum. Les cellules sont chargées d'huile et les plus superficielles se continuent avec le magma gras qui recouvre le paroi.

Sous l'épithélium, existe un derme sans plan papillaire, creusé des loges considérables qui contiennent des glandes sébacées très volumineuses, dont les orifices excréteurs sont beaucoup plus larges qu'à l'état normal. Au centre de ces amas glandulaires, on rencontre un certain nombre de follicules pileux. Les poils, grêles, sans couche médullaire, s'engagent dans les orifices de ces glandes sébacées. Il n'y a pas de glandes d'autre sorte dans le derme.

La couche suivante est formée de faisceaux fibreux feutrés et d'un certain nombre de lobules adipeux. On y voit des faisceaux vasculo-nerveux remarquables par le volume des artères dont les parois sont très épaissies et par le nombre des nerfs.

Sur une coupe faite au niveau des parties minces de la membrane kystique, on voit que les glandes sébacées sont beaucoup moins nombreuses et même disparaissent sur une assez grande étendue. C'est la seule différence à noter.

Observation IV. — Kyste dermoïde de la région mastoïdienne (1).

Le 27 mars 1879, le nommé B..., âgé de 23 ans, se présente à l'Hôtel-Dieu pour se faire enlever une *loupe* placée derrière l'oreille et qu'il avait, disait-il, depuis environ

(1) Gironde, *In Lyon médical*, 17 août 1879, t. XXXI, p. 537.

un an. Mais, en l'interrogeant avec soin, on apprenait qu'à l'âge de dix à douze ans, étant au collège, il avait reçu un coup de pierre dans cette région. Il y eut une plaie qui saigna beaucoup et il resta toujours, après cette accident, une légère tuméfaction, mais à peine sensible. Depuis un an environ, il s'est formé à ce niveau une saillie plus nette, plus arrondie, qui atteignit bientôt la grosseur d'un pois, et qui, au bout de six mois, avait le volume d'une noisette. Cette tumeur continua à s'accroître assez lentement et enfin, au moment où il vient se faire opérer, elle a le volume d'un œuf de pigeon. Elle est située sur l'apophyse mastoïde du côté droit. Elle est sous-jacente à la peau qui glisse facilement sur elle, lisse, bien arrondie et complètement indolente. La peau n'est pas altérée et on n'observe aucune trace de cicatrice.

L'ablation de la tumeur, pratiquée par M. Letiévant, est assez laborieuse, car elle est fortement adhérente aux tissus voisins. Des vaisseaux assez volumineux se rendent aux parois de la poche et donnent assez de sang pour obliger de faire une ligature.

Pansement phéniqué simple sans réunion des lèvres de la plaie. Les suites de l'opération ne présentent rien à signaler. Pas de fièvre, pas de céphalalgie, et dix jours après, l'opéré se promenait, à peu près guéri.

Il sort quelques jours après, parfaitement guéri, et enchanté d'être débarrassé de ce qu'il appelle sa *loupe à poils*.

La tumeur incisée fut trouvée remplie d'une substance blanchâtre semi-liquide et de nombreux poils implantés sur la face interne qui était d'un blanc mat.

La trame fibreuse du derme se termine par une surface plane sur laquelle repose l'épithélium. La couche vasculaire sous épithéliale a un développement tel qu'il ne s'agit plus simplement de vaisseaux isolés les uns des

autres mais que l'on trouve une véritable nappe sanguine cloisonnée par des travées conjonctives, à la façon d'un tissu caverneux. L'épithélium comprend : la couche de cellules génératrices, le stratum de Malpighi sans cellules crénelées distinctes, et une zone cornée dont le protoplasma cellulaire, peu résistant, s'altère et se détruit par un travail de macération et donne ainsi naissance au contenu du kyste. On n'a pu faire tomber la coupe au niveau d'un follicule pileux. En deux ou trois points, on distinguait des petites glandes sébacées très rudimentaires. Pas de glandes sudoripares.

Gironde ajoute les réflexions suivantes : « On est obligé ici de chercher pour la tumeur de notre malade une étiologie autre que l'étiologie des kystes d'origine branchiale. M. Follin, dans son traité de pathologie externe, tout en signalant la présence des kystes congénitaux du cuir chevelu, ne donne pas d'explications sur leur mode de développement. Peut-être le traumatisme que notre malade a subi dans son enfance n'a-t-il pas été étranger au développement de ce kyste. En effet, une parcelle de peau a pu s'invaginer dans la plaie, être recouverte par la cicatrice, et son produit de sécrétion donner naissance à un kyste analogue à ceux qui sont dûs à un arrêt dans la soudure des arcs branchiaux. Ce n'est cependant qu'avec beaucoup de réserves que je hasarde cette opinion ». En tout cas nous pouvons dire que si le traumatisme n'a pas été la cause originelle du kyste, ce qui dans le cas très particulier pourrait être admis, il a pour le moins contribué à provoquer le développement d'une tumeur jusque là inaperçue.

Observation V. (1) — Kyste dermoïde de la région occipito-mastoïdienne.

D..., 32 ans, valet de chambre, entré le 21 février 1830, à l'hôpital de la Charité, salle Boyer, n° 23 ; vigoureux et présentant toutes les apparences d'une bonne santé.

Rien de particulier dans ses antécédents personnels ou héréditaires. Le malade présente une petite tumeur à la région occipito-mastoïdienne droite, tumeur dont le début est fort ancien. Il se rappelle qu'à l'âge de quatorze ans il en était déjà porteur, mais sans pouvoir préciser davantage. La tumeur a grossi d'une manière insensible et continue ; à l'âge de quatorze ans elle était grosse comme une noisette ; aujourd'hui elle est comme un œuf de poule.

Elle est et a toujours été absolument indolente et n'a jamais présenté de symptômes d'inflammation. La seule raison qui porte le malade à réclamer une intervention est le volume, qui commence à devenir gênant sous le chapeau, surtout étant donné le siège de la tumeur.

La tumeur siège au voisinage de la suture occipito-pariétale droite, à égale distance de la protubérance occipitale externe et de l'apophyse mastoïde. Son volume est celui d'un œuf de poule, sa forme arrondie. A son niveau, la peau est normale, normal aussi le développement des cheveux, (sauf trois plaques de psoriasis du cuir chevelu qui, d'ailleurs, siègent non sur la tumeur, mais au voisinage, sauf aussi une petite cicatrice blanchâtre, de un centimètre d'étendue, qui paraît ancienne et semble témoigner d'une chute sur la tête.)

La peau est absolument mobile sur la tumeur, laquelle est également mobile sur les parties profondes. La tumeur

(1) Recueillie par M. Genouville interne des Hôpitaux. in Gaz. des Hôpitaux, 1890, N° 66.

est molle, non tendue et non fluctuante : elle n'est pas réductible, ni animée de battements ; enfin, elle est absolument insensible à la pression.

Sur le corps du malade, à l'avant-bras, on trouve encore deux petites tumeurs molles, aplaties, du volume d'une petite noisette, et qui sont deux lipomes.

M. Després établit le diagnostic entre trois affections : une encéphalocèle réduite aux membranes, un kyste congénital ou dermoïde à parois épaisses, ou un fibro-lipome sous-cutané du cuir chevelu. Suivant lui, il est impossible de dire absolument à quelle tumeur on a affaire.

Cependant il pense qu'une encéphalocèle eut été remarquée et eut persisté depuis la naissance. Ce n'est pas là, disait-il, aussi la place des kystes dermoïdes ; ceux-ci sont situés plus près de l'oreille ou de la nuque ; et comme, d'autre part, il existe une cicatrice de la peau, il se pourrait que la tumeur fut un fibro-lipome, suite d'un ancien hématome.

Mais comme le traitement du lipome et du kyste dermoïde est la même, il lui paraît inutile de faire une ponction exploratrice, l'opération permettant de faire le diagnostic absolu.

Le malade est opéré le 26 février, sans chloroforme. Une incision en croissant conduit sur la tumeur qui adhère fortement à l'aponévrose épicroânienne. L'excision est pratiquée au moyen du bistouri et des ciseaux courbes, le lambeau en croissant est rabattu sur la plaie, sur laquelle on applique un cataplasme de farine de graine de lin.

Les suites de l'opération sont des plus simples. Sous l'influence des cataplasmes renouvelés matin et soir, la réunion par première intention s'effectue sans aucune élévation notable de température (37,6 le lendemain de l'opération).

Le sixième jour on enlève le fil d'argent et, le 19 mars, la plaie est entièrement cicatrisée et le malade sort guéri.

L'intérêt de cette observation est tout entier dans la rareté d'un kyste dermoïde à cet endroit et dans l'apparence du développement de la tumeur longtemps après la naissance.

Observation VI. — Kyste athéromateux du cou. — Extirpation. — Suture. — Guérison par première intention (1)

Mlle S.... âgée de dix-huit ans, née dans le Midi, mais habitant les environs de Benfeld, est d'une bonne santé habituelle, sans traces de lymphatisme, ni de scrofule. Vers Noël 1877, elle vit se développer, sans cause connue, une grosseur à la partie latérale du cou, au-dessus de l'apophyse mastoïde. Cette tumeur alla lentement en augmentant sans jamais causer de douleur. En septembre 1878, Mlle S..., se trouvant à Paris, consulta un chirurgien des hôpitaux, qui reconnut de la fluctuation dans la tumeur et y passa un tube à drainage de haut en bas. Il s'en écoula un liquide jaunâtre, d'apparence purulente. Cependant la santé générale était bonne; aucune vertèbre ni articulation vertébrale ne paraissait malade et l'on ne sentait pas de ganglion lymphatique engorgé.

En novembre, la malade, revenue en Alsace et portant toujours son tube à drainage qui donnait issue à une suppuration abondante et fétide, vint trouver M. le Professeur Eug. Bœckel, qui prescrivit le nitrate d'argent et rétrécit graduellement le calibre des tubes qu'il remplaça finalement par un séton de crin de cheval. La suppuration, qui avait d'abord beaucoup diminué redevint bientôt fétide et s'accumula dans la cavité de la tumeur. L'odeur particulière du liquide, qui rappelait celle qui résulte du

(1) *In Gazette médicale de Strasbourg*, 1^{er} avril 1880.

mélange de pus et d'épiderme, donna l'éveil à M. Boeckel. Il l'examina au microscope et constata des cellules épithéliales nombreuses. Il reconnut alors que le prétendu abcès n'était qu'un kyste athéromateux en suppuration et propose de fendre largement la poche et de l'extirper, si le diagnostic se confirmait.

L'opération fut pratiquée à la maison des Diaconesses, le 13 mars 1879, avec toutes les précautions de la méthode antiseptique. L'incision fut suturée et recouverte d'un pansement antiseptique. Le 28 du même mois, la malade se promenait dans la maison et sortait le 5 avril, parfaitement guérie.

**Observation VII. — Kyste dermoïde siégeant au-dessus
du pavillon de l'oreille droite**

M. Chapotot, externe du service de M. le Professeur Poncet, présente à la Société des sciences médicales de Lyon, une femme âgée de vingt-neuf ans, qui n'offre aucun antécédent pathologique ou héréditaire digne d'être noté, qui fut réglée à dix ans et mariée à dix-neuf ans. Devenue enceinte un mois après son mariage, c'est à ce moment seulement qu'elle s'aperçut d'une petite tumeur située au-dessus de l'oreille droite. Deuxième couche à vingt-deux ans ; troisième à vingt-trois ans. Pendant ces quatre années la tumeur se développe lentement, avec quelques poussées plus vigoureuses au moment de l'accouchement ; puis vient une période stationnaire, malgré deux nouvelles couches à vingt-six et à vingt-huit ans. Depuis six ans, elle n'aurait plus augmenté.

(1) *In Lyon médical*. Tome LII, p. 48, février 1886.

Actuellement, on constate une saillie ovoïde, à grand axe horizontal, mesurant quatre centimètres. Elle est située au-dessus de l'oreille droite et en partie masquée par le pavillon. En réclinant l'oreille, on remarque que la circonférence de la tumeur s'attache en arrière à la conque, en avant, au point de réunion de l'hélix et de l'anthélix. La tumeur, complètement indolente, est plus grosse à son extrémité postérieure. Elle a assez exactement la forme d'un œuf. La peau, qui a aucun point n'est adhérente, à sa coloration normale. La fluctuation est nette; on ne perçoit nulle part de lobule de masses indurées. La base est large, profonde, paraissant faire corps avec le squelette sous-jacent.

Tenant compte des caractères précédents et de la situation de la tumeur à la partie postérieure de la fente fronto-maxillaire, M. Poncet porta le diagnostic de kyste dermoïde. La malade ne s'était, il est vrai, aperçue de son kyste qu'après son mariage, mais sa mère interrogée dit avoir remarqué chez sa fille, à l'âge de huit mois, une toute petite tumeur occupant le même siège. Il s'agit donc bien d'une lésion congénitale. M. Chapotot ajoute que dans les nombreuses recherches bibliographiques qu'il fit à ce sujet il n'a trouvé aucune observation semblable de kyste branchial, en tant que siège de la tumeur.

Malheureusement, la malade, entrée pour une autre maladie (métrite) refusa de se laisser opérer, de sorte que le diagnostic ne peut être confirmé anatomiquement. Cependant un kyste sébacé est rarement seul; de plus, la peau est toujours adhérente en un point. Enfin, l'apparition de la tumeur quelques mois après la naissance, semble fixer définitivement le diagnostic.

Observation VIII. — Kyste à contenu huileux de la région auriculo-mastoïdienne gauche (1).

Une jeune femme de 30 ans se présenta à ma consultation à Bicêtre, le 11 juillet 1882. Elle portait, dans la gouttière auriculo-mastoïdienne gauche, et remplissant toute cette gouttière, une tumeur du volume d'un gros œuf de pigeon, faisant une saillie régulière et un peu en demi-lune. La peau était très amincie à sa surface et parcourue par quelques veinules dilatées, et laissait voir, du reste, à la lumière solaire, cette transparence parfaite du contenu liquide de la masse. (Cette femme est blonde et par conséquent à peau très fine). La fluctuation était aussi manifeste que possible ; aucune douleur, aucun empatement, aucun changement anatomique des tissus recouvrant la poche et les parties voisines.

La ponction, pratiquée avec le trocart de grosseur moyenne, donna issue à vingt grammes environ d'un liquide jaunâtre, ayant tous les caractères extérieurs de l'huile d'olive, ni visqueux, ni gluant ; il graissait les doigts et le papier. Fluide au moment de sa sortie, il perdit bientôt sa transparence et se figeant offrit alors certaine ressemblance avec l'huile de palme. Cette prise en masse du liquide, analogue à la congélation de l'huile pendant l'hiver, s'expliquerait, jusqu'à un certain point, par le passage de ce liquide ayant la température du corps, dans l'air ambiant qui est relativement plus froid. Huit jours après, le liquide n'avait pas reparu.

L'examen histologique pratiqué séance tenante n'a démontré aucun élément anatomique dans ce liquide.

Gillette. — *In Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie*, 1881, p. 566.

Il y a de grandes probabilités pour que le kyste en question soit congénital, car cette femme en fait remonter l'origine à quinze ou vingt ans, sans aucune date précise à ce sujet. Cette origine, qui existe pour les kystes préla-crymaux, pourrait être admise ici, à l'exclusion de toute influence traumatique.

**Observation IX. — Kyste dermoïde profond du sillon
auriculo-mastoïdien, par R. Virchow (1)**

Le 1^{er} septembre 1865, Anna Kopen, de Daber, en Poméranie, couturière, âgée de 24 ans, entre à l'hôpital pour une tumeur du cou. Elle prétend s'en être aperçue, pour la première fois, à l'âge de 14 ans, époque à laquelle la tumeur avait déjà le volume et la forme d'une noisette. Elle ne l'incommoda jamais. Il n'y a qu'un an qu'elle s'est mise à s'accroître. Sa santé a toujours été parfaite, sauf une pneumonie à l'âge de 9 ans.

On constate à gauche, entre l'angle de la machoire et l'apophyse mastoïde, une tumeur du volume d'un œuf d'oie, indolente, arrondie, lisse, et au niveau de laquelle la peau mince, mais intacte d'ailleurs, se laisse légèrement mobiliser sur les parties profondes. Sa consistance est molle est donne lieu à une sensation de fluctuation. Pas de pulsation ; ni de souffle. Vers la profondeur, on ne peut l'éloigner notablement du bord du maxillaire. L'oreille et le maxillaire sont normaux.

L'opération eut lieu le 6 septembre. En faisant une ponction exploratrice, on ne retira rien, mais la canule, une fois enlevée, contenait un peu de bouillie épaisse et grasse. La peau fut alors fendue et détachée avec soin de

(1) *Virchow's Archiv*. B. XXXV, 1866, s. 208 et thèse de Cusset.

la tumeur. Celle-ci apparut alors sous forme d'une masse entièrement lisse, n'ayant aucune relation avec la parotide. La tumeur était libre de tous côtés sauf à la partie postérieure et profonde ; on la vida alors, puis on chercha vers la profondeur et on vit qu'elle était adhérente à la gaine de la carotide. On réussit à la détacher et la guérison se fit d'abord rapidement, mais fut ralentie ensuite et n'était définitive que le 4 novembre.

L'examen de la tumeur montra que l'on était en présence d'un kyste dermoïde.

Observation X. — Tumeurs congénitales multiples sur le trajet de la fente fronto-maxillaire du côté gauche (1).

Dieunoy (Roger), âgé d'un an, est amené à la consultation de l'hôpital Trousseau, le 22 février 1883.

Le père, âgé de 40 ans, se porte bien. Il porte au cou de nombreuses traces d'abcès scrofuleux ; il ne paraît pas avoir eu la syphilis. La mère âgée de 36 ans, est vigoureuse ; elle n'a jamais été malade et n'est pas syphilitique. Elle a eu huit enfants, dont deux sont morts, l'un du croup, l'autre à la suite d'abcès au cou et aux oreilles. Celui qui nous occupe présenta, dès sa naissance, une grosseur derrière l'oreille gauche. Il jouit d'une bonne santé et ne semble pas souffrir.

Actuellement, on constate derrière l'oreille gauche la présence d'une tumeur qui s'étend, en bas et en avant, à la moitié supérieure du pavillon de l'oreille qu'elle déprime est rabat sur la moitié inférieure à la façon d'une oreille de chien. La tumeur déborde l'oreille en avant et en haut, et descend inférieurement jusqu'au niveau de la

(1) Lannelongue et Achard. — *Loc. cit.*, p. 200.

partie inférieure du conduit auditif externe, à trois centimètres environ de ce conduit. Elle a le volume d'un œuf de pigeon coupé en deux au niveau de son tiers supérieur est appliqué par sa section sur la tête ; sa surface est arrondie, sa forme régulière : on la prendrait pour un kyste. Elle est très molle ; la peau en fait partie intégrante et elle adhère aux tissus profonds. Elle n'est pas pédiculée ; elle repose sur une surface osseuse paraissant rugueuse. Quand on presse sur la tumeur, il semble qu'il y ait à l'intérieur une sorte de noyau dur et résistant. L'exploration n'est pas douloureuse. L'ouïe est à peu près normale. La tumeur n'a que peu grossi.

A six mois, la mère remarqua, sur la tempe du même côté, une tumeur moins volumineuse ; elle est située au-dessus de l'arcade zygomatique et paraît adhérer aux parties profondes. Elle est large comme une pièce de deux francs. A sa surface, la peau n'est ni rouge ni enflammée. Elle offre les mêmes caractères que la première.

Il y a six mois également l'œil gauche s'enflamma et il y eut devant l'œil, d'après le récit de la mère, une sorte de phlyctène remplie de liquide. L'enfant ne voyait plus de cet œil. Trois mois après, il s'établit de ce côté une abondante suppuration. Actuellement l'œil est volumineux, la cornée est opaque, et on constate un certain degré de staphylome. La muqueuse de la paupière supérieure est tuméfiée et fait en dehors une saillie considérable. Si l'on vient à presser sur l'œil, on le réduit facilement dans la cavité orbitaire, et l'on constate qu'il repose sur un bourrelet élastique qui occupe tout le fond de l'orbite et qui est très probablement une tumeur analogue aux précédentes.

Observation XI.— **Kyste dermoïde de la région occipitale du cuir chevelu. (1)**

Jacquemin (Odile) âgée de huit ans et demi, salle Giraldès, lit 20, service de Lannelongue. En traitement à l'hôpital pour une ostéomyélite de l'omoplate.

Cette enfant porte à la partie postérieure de la tête, au niveau de l'union de l'occipital et du temporal du côté gauche, une petite tumeur du volume d'un haricot, mobile sous la peau et sur les parties profondes. Elle existerait depuis la naissance.

Le 28 mars 1885, extirpation de la tumeur. Enucléation facile ; la tumeur adhère au périoste par quelques trousseaux fibreux ; il n'y a pas de dépression osseuse. Pansement de Lister. Guérison en quelques jours.

La paroi de la tumeur est mince, lisse et d'un blanc nacré. Le contenu est une matière sebacée d'un blanc mat mélangée de poils follets. La paroi est constituée par un épiderme et un derme ; dans ce dernier, l'aspect crénelé des cellules du corps muqueux est très manifeste et le stratum granulosum contient des gouttelettes d'éléidine très nettement visibles. Presque partout, le derme offre une surface plane ; cependant, en quelques points, se voient de petites papilles très courtes et rudimentaires.

La paroi présente des follicules pileux et des glandes sébacées bien développées, mais elle est dépourvue de glandes sudoripares.

(1) Lannelongue et Achard. — Loc. cit. p. 189.

CONCLUSIONS

1° Les kystes dermoïdes sont rares à la région mastoïdienne.

2° Ces kystes sont congénitaux.

3° Tous sont d'origine branchiale et ont pour cause un vice de formation datant de la vie intra-utérine.

4° Ce sont des affections essentiellement bénignes à cette région. Le pronostic ne prend de gravité qu'au moment où la tumeur, sous une influence quelconque, devient douloureuse, ou lorsqu'une opération mal faite devient le point de départ de fistules inguérissables.

5° Le seul traitement rationnel est l'extirpation radicale de la poche.

6° Tous les autres moyens sont impuissants et beaucoup trop lents dans leur mode d'action. Ils sont même quelquefois très dangereux.

7° L'extirpation est une opération très facile à la région mastoïdienne et, faite avec soin, elle est toujours couronnée de succès.

VU :

Le Président de la thèse,

A. HEYDENREICH.

VU :

et permis d'imprimer,
Nancy, le 23 juillet 1890.

Le Recteur,

M. MOURIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- *Archives de médecine*, 1889. T. I.
BEAUNIS ET BOUGHARD. — *Anatomie descriptive*.
BOUCHER. — Thèse de Paris, 1868.
BROCA. — *Traité des tumeurs*, t. II, p. 130. — *Pas-sim*.
— *Bulletin de la Société de médecine de Nancy*,
15 janvier 1884.
— *Bulletin de la Société anatomique*, 1887. T. I,
p. 434. — 1888. T. II.
— *Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie
de Paris*. T. X, 1859, p. 221. — T. VII, p. 193. —
1881, p. 560. — T. XV, 1887, p. 405.
CELSE. — *De re medica libri octo*. Lib. VII.
CUSSET. — Thèse de Paris, 1877.
DEBOUT. — *Des kystes congénitaux du cou et de leur
traitement par les badigeonnages et les injections
de teinture d'iode*. — In *Bulletin général de thé-
rapeutique*. T. LI, 1856.
DÉLAISSEMENT. — Thèse de Paris, 1868.
FLEURY. — *Bulletin et mémoires de la Société de
chirurgie de Paris*, 1867.
FOLLIN ET DUPLAY. — *Pathologie externe*. T. II et III.
— *Gazette des hôpitaux*, 1831-1890, n° 66.

- *Gazette médicale de Paris*, 1834, 2^e série, p. 667.
— 1839.
— *Gazette hebdomadaire*. T. XXVI, 1889, p. 644.
— *Gazette médicale de Strasbourg*, 1^{er} avril 1880.
GASS. — Thèse de Strasbourg, 1867.
GERVAIS. — Thèse de Paris, 1879.
GILLES. — *De hygromatis cysticis congenitis, deque
 noris quibusdam exemplis eorum, quæ in collo et
 in regione sacrei observata sunt*, Bonn, 1852.
GIRARD. — *Traité des tumeurs*, 1775.
GORRON. — Thèse de Bordeaux, 1888.
HEURTAUX. — *Nouveau dictionnaire de médecine et
 de chirurgie pratiques*. — Art. kyste.
JEANNEL. — *Revue médicale de Toulouse*, 1886.
 T. XX, p. 560.
KÖLLICKER. — *Embryologie*.
LANNELONGUE ET ACHARD. — *Traité des kystes con-
 génitaux*.
LALITTE. — Thèse de Nancy, 1885.
LEBERT. — *Comptes-rendus et mémoires de la So-
 ciété de Biologie*. T. IV, 15 novembre 1852.
LE LAN. — Thèse de Montpellier, 1889.
LORAIN. — *Comptes-rendus et mémoires de la So-
 ciété de biologie*, 1853-1854.
— *Lyon médical*. T. XXXI, p. 537. — T. XXXII. —
 T. LII, p. 48.
M. MAGITOT. — *Traité de la carie dentaire*, Paris,
 1872, p. 189.
MÜLLER'S ARCHIV. — 1843, p. 365.
PILON. — Thèse de Nancy, 1883.
REMAK. — *Ein Beitrag für Entwicklungs-geschichte*

der krebhaften Geschwülste. — *In Deutsche Klinik*, 22 avril 1854. p. 300.

RICHET. — *Traité d'anatomie médico-chirurgicale.*

ROUGIER. — Thèse de Paris. 1881.

— *Semaine médicale*, 1888, p. 475.

TILLAX. — *Anatomie topographique.*

VELPEAU. — *Anatomie chirurgicale.*

VERNEUIL. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1852, p. 300.

VIRLET. — Thèse de Paris, 1854.

VIRCHOW'S ARCHIV. — B. XXXV, 1866, s., 208.

WERNHER. — *Die angeborenen Kysten hygroma und die ihnen verwandten Geschwülste.* 1843.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos et division du sujet	1
CHAPITRE I. — Historique	3
CHAPITRE II. — Description topographique	13
CHAPITRE III. — Anatomie pathologique	19
§ I. — Caractères généraux de la paroi	21
§ II. — Contenu du kyste	23
§ III. — Structure de la paroi dermoïde et de ses dérivés	27
CHAPITRE IV. — Pathogénie	31
CHAPITRE V. — Anatomie normale et embryologie de la région mastoïdienne	41
§ I. — Anatomie	41
§ II. — Embryologie	48
CHAPITRE VI. — Etiologie	57
CHAPITRE VII. — Symptomatologie. Marche. Dia- gnostic différentiel. Pronostic	61
§ I. — Symptomatologie	61
§ II. — Marche	63
§ III. — Diagnostic différentiel	65
§ IV. — Pronostic	70
CHAPITRE VIII. — Traitement	73
CHAPITRE IX. — Observations	81
CONCLUSIONS	103

